

Oznámenie poistnej udalosti

Meno a priezvisko			Číslo poistnej zmluvy						
Adresa (ulica, mesto, PSČ)									
Rodné číslo		Štátna príslušnosť		E-mail		Telefón			
Dátum odchodu		Dátum príchodu		Dátum poistnej udalosti		Hodina poistnej udalosti			
2		0		2		0			
Organizátor vašej cesty (cestovná kancelária, podnik, individuálne)									
Popis vzniku poistnej udalosti									
Miesto vzniku poistnej udalosti				Štát a jeho mena					
Máte uzatvorené podobné poistenie aj v inej poisťovni? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno				V ktorej:					
Označte úkony vzťahujúce sa k vašej poistnej udalosti									
<input type="checkbox"/> ošetrovanie		<input type="checkbox"/> lieky		<input type="checkbox"/> hospitalizácia		<input type="checkbox"/> nepojazdné vozidlo		<input type="checkbox"/> transport	
<input type="checkbox"/> úraz		<input type="checkbox"/> zásah Horskej záchranej služby		<input type="checkbox"/> batožina		<input type="checkbox"/> zodpovednosť za škodu		<input type="checkbox"/> repatriácia	
<input type="checkbox"/> privolanie sprevádzajúcej osoby		<input type="checkbox"/> meškание batožiny		<input type="checkbox"/> meškание odletu		<input type="checkbox"/> iné			
Ku kontaktu s asistenčnou službou ČSOB Poistovne, a.s. došlo					Dňa				
<input type="checkbox"/> áno		<input type="checkbox"/> nie							
2		0							
Ako došlo k platbe									
<input type="checkbox"/> v hotovosti		<input type="checkbox"/> neplatené		<input type="checkbox"/> neplatené, prikladám faktúru					
Poistné plnenie žiadam na účet			Poistné plnenie poukážte na adresu						
Prehlasujem, že všetky údaje v tomto poistení sú pravdivé a úplné. Týmto súčasne udeľujem ČSOB Poistovni, a.s., ako aj jej zmluvnej asistenčnej službe súhlas na spracúvanie údajov týkajúcich sa môjho zdravia, resp. údajov týkajúcich sa zdravia osoby, ktorej som zákonným zástupcom, získaných v súvislosti s dojednaným poistením, pre účel tohto poistenia a v rozsahu a na dobu nevyhnutnú k zabezpečeniu všetkých práv a povinností vyplývajúcich z vyššie uvedenej poistnej zmluvy uzavretej s ČSOB Poistovňou; súhlas so spracúvaním údajov týkajúcich sa zdravia zahŕňa aj získavanie týchto údajov od lekárov, ústavov, zdravotníckych zariadení, zdravotných poisťovní vykonávajúcich verejné zdravotné poistenie, Sociálnej poisťovne a ďalších subjektov, ktoré spracúvajú údaje o zdravotnom stave fyzických osôb v súlade s osobitnými predpismi, vrátane nazerania do spisov o tomto zdravotnom stave, vyhotovovanie si ich výpisov, odpisov, fotokópií, pričom uvedené subjekty týmto súčasne oprávňujem/splnomocňujem, aby ČSOB Poistovni a zmluvnej asistenčnej službe tieto údaje, informácie a dokumenty poskytli.									
Dňa								
2		0							
podpis poisteného (zákonného zástupcu alebo oprávnenej osoby)									

ATESTATIO MEDICI (Litteris versalibus)

Meno chorého/Nomen aegroti		Narodený/Natus
Diagnóza/Diagnosis		
Liečba/Therapia		
Hospitalizovaný kde/Hospitalisation in usque ad diem	Odo dňa/a die	Až do/usque ad diem
	2 0	2 0
Pokračovanie doma/Aegrotus domo in lectu affixus	Odo dňa/a die	Až do/usque ad diem
	2 0	2 0
Deň/Die	Podpis lekára/Nomen medici	
2 0		
Podpis a pečiatka/Sigillium, Nomen medici		
BEZ TEJTO VYPLNENEJ LEKÁRSKEJ SPRÁVY NIE JE MOŽNÉ REALIZOVAŤ POISTNÉ PLNENIE.		

VYPLNÍ LEKÁR! / AUSGEFÜLLT VOM ARZT! / PHYSICIAN SHOULD FILL IN! / REMPLIRE PAR MEDICIN!