

oznámení škodné události Notification of an Insurance Event

 z komplexního zdravotního pojištění cizinců
 under the comprehensive health insurance for foreigners

INFORMACE O POJIŠTĚNĚM INSURED PERSON

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY INSURANCE POLICY NUMBER:

Datum platnosti pojištění od <input type="checkbox"/> Date of insurance validity from:	do <input type="checkbox"/> to:
Příjmení <input type="checkbox"/> Surname:	Jméno <input type="checkbox"/> First name:
Národnost <input type="checkbox"/> Nationality:	Datum narození <input type="checkbox"/> Date of birth:
Číslo pasu <input type="checkbox"/> Number of passport:	
Korespondenční adresa v ČR <input type="checkbox"/> Correspondence address in the CR:	
PSC <input type="checkbox"/> Postcode:	
Telefon <input type="checkbox"/> Telephone:	E-mail <input type="checkbox"/> E-mail:

ÚDAJE O ŠKODNĚ UDÁLOSTI INSURANCE EVENT DATA

 (nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)
 (if the place is insufficient for the required data, please state it in a separate annex)

Datum škodné události <input type="checkbox"/> Date of insurance event:	Místo <input type="checkbox"/> Location:
Jste současně pojištěn/a na stejné riziko jinou pojistnou smlouvou? Are you concurrently insured against the same risk under another insurance policy? Pokud ano, uveďte jakou <input type="checkbox"/> If yes, please state under which one:	<input type="checkbox"/> Ano / Yes <input type="checkbox"/> Ne / No
Oznámil/a jste škodnou událost asistenční službě? <input type="checkbox"/> Have you reported the insurance event to the assistance service?	<input type="checkbox"/> Ano / Yes <input type="checkbox"/> Ne / No
Došlo ke škodné události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? Did the insurance event occur under the influence of alcohol or other addictive drugs?	<input type="checkbox"/> Ano / Yes <input type="checkbox"/> Ne / No
Byla škodná událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu. Was the insurance event investigated by the Police? If yes, please attach the Police report.	<input type="checkbox"/> Ano / Yes <input type="checkbox"/> Ne / No
Vznikla škoda cizím zaviněním? <input type="checkbox"/> Did the damage occur due to a third party liability? Pokud ano, uveďte podrobnější informace. <input type="checkbox"/> If yes, please state more detailed information.	<input type="checkbox"/> Ano / Yes <input type="checkbox"/> Ne / No
Vznikla škoda při dopravní nehodě? <input type="checkbox"/> Did the damage occur at a traffic accident? Pokud ano, uveďte číslo jednací <input type="checkbox"/> If yes, please state the reference number:	<input type="checkbox"/> Ano / Yes <input type="checkbox"/> Ne / No
O jaké onemocnění nebo úraz se jednalo, uveďte diagnózu (pokud ji znáte) <input type="checkbox"/> What was the illness or bodily injury, please state the diagnosis (if known to you):	
Uveďte podrobný popis, za jakých okolností došlo k náhlému onemocnění nebo úrazu <input type="checkbox"/> Please describe in detail under what circumstances the abrupt illness or bodily injury took place:	

Trpěl/a jste před počátkem pojištění uvedeným onemocněním? <input type="checkbox"/> Ano / Yes <input type="checkbox"/> Ne / No	Did you suffer from the stated illness prior to the insurance beginning? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Užíváte či užíval/a jste na toto onemocnění léky? <input type="checkbox"/> Ano / Yes <input type="checkbox"/> Ne / No Pokud ano, uveďte jaké <input type="checkbox"/> If yes, please state which ones:	Have you used medicaments against such illness? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

U políček s možností volby zakřížkujte hodící se variantu. In the option boxes, please cross the applicable variant.

Jméno, adresa a telefon Vašeho ošetřujícího lékaře v ČR <input type="checkbox"/> Name, address and telephone number of your attending physician in the CR:
Jméno, adresa a telefon zdravotnického zařízení, které poskytlo prvotní ošetření <input type="checkbox"/> Name, address and telephone number of the health facility which provided primary treatment:
Jméno, adresa a telefon zdravotnického zařízení ve kterém proběhlo následné léčení (hospitalizace, ambulantní léčení) <input type="checkbox"/> Name, address and telephone number of the health facility in which the subsequent treatment (hospitalisation, out-patient treatment) took place:
Dopravu do zdravotnického zařízení provedl <input type="checkbox"/> Transport to the health facility was made by:

VÝŠE VZNIKLÉ ŠKODY AMOUNT OF THE LOSS OCCURED

Níže prosíme uveďte částky, které žádáte proplatit <input type="checkbox"/> Please state below the amounts you request to be paid to	Pojištěnému <input type="checkbox"/> the Insured person	Lékaři, nemocnici, dopravci <input type="checkbox"/> Physician, hospital, transporter
Ambulantní ošetření <input type="checkbox"/> Out-patient treatment		
Hospitalizace <input type="checkbox"/> Hospitalisation		
Léky <input type="checkbox"/> Medicaments		
Doprava <input type="checkbox"/> Transport		
Ostatní <input type="checkbox"/> Other items		
CELKEM <input type="checkbox"/> TOTAL		

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ DATA FOR SENDING INSURANCE BENEFIT

Pojistné plnění poukážte Please remit the insurance benefit to:

Poštovní poukázkou na adresu v ČR <input type="checkbox"/> By postal order to the address in the CR:		
PSC <input type="checkbox"/> Postcode:		
Na korunový bankovní účet pojištěného u <input type="checkbox"/> To the Insured person's Czech crown bank account with:		
Číslo účtu <input type="checkbox"/> Account number:	kód banky <input type="checkbox"/> bank code:	spec. symbol <input type="checkbox"/> spec. symbol:

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášenému úrazu nebo onemocnění vyplnil/a pouze toto oznámení škodné události a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Souhlasím, aby si pojistitel vyzádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčení pojištěného pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení.

Rovněž souhlasím, aby si pojistitel pro potřeby šetření škodné události vyzádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

Počet listů příloh, které přikládám:

STATEMENT

I state that I have answered all the questions truly and completely, that I have only completed this Notification of an Insurance Event regarding the reported bodily injury or illness, and that I am aware of the consequences of incorrect, misleading or incomplete answers to the Insurer's duty to provide benefit.

I agree that the Insurer request for all the documentation on the health condition and course of treatment of the Insured person for the needs of investigating the insurance event, and I release the physician from the promise of confidentiality. In addition, I empower the physician, health facilities and facilities providing health care to make medical reports, extracts from medical documentation or to lend the same. I agree as well that the Insurer request, in order to investigate the insurance event, for any needed underlying materials with the Police, administrative bodies, and other insurance companies.

The number of annexed sheets that I am attaching:

V <input type="checkbox"/> In	dne <input type="checkbox"/> on
Podpis pojištěného nebo oprávněného zástupce <input type="checkbox"/> Signature of the Insured person or the Insured person's authorised representative	

Vyplněné hlášení pošlete prosíme na adresu AXA ASSISTANCE, Hvězdova 1689/2a, 140 62, Praha 4, Česká republika

Kindly send this fully completed claim form with medical or Rx receipts to: claims@hamiltonhudson.cz for reimbursement. Thank You