

Oznámení škodné události léčebných výloh v zahraničí

Vážená paní, vážený pane,

snažíme se každý škodní případ co nejrychleji zpracovat. Podrobnými informacemi o pojistné události nám můžete být nápomocni. Dotazník vyplňte pečlivě a úplně, zamezíte tím případným doplňujícím dotazům, které mohou zpracování zdržovat.

S přátelským pozdravem

SV pojišťovna, a.s.

Číslo pojistné smlouvy		
Údaje o pojištěné osobě		
Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	
Telefon:	Email:	
Trvalé bydliště:	Název zdravotní pojišťovny:	
Přechodné bydliště:		
Máte ještě jiné pojištění léčebných výloh (např. z platební karty) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Pokud ano, jaké:		
Údaje o vycestování		
Datum vycestování z ČR:	Prokažte na příloze datum vycestování (např. jízdenka, letenka, razítko v pasu, svědectví atd.)	
Cesta <input type="checkbox"/> turistická <input type="checkbox"/> pracovní	Účel cesty:	
Údaje o škodné události		
Datum úrazu / onemocnění:	Místo ošetření:	Stát:
Druh zranění / onemocnění (diagnóza):		
Přesný popis průběhu úrazu / onemocnění (pokud nestačí místo, pokračujte na druhé straně v poznámkách):		
Byl/a jste s tímto druhem úrazu / onemocnění ošetřován/a před odjezdem do zahraničí? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Jméno a adresa praktického lékaře:		
Šetřila pojistnou událost policie <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	pokud ano, přiložte policejní zprávu	
Byla zraněná osoba v okamžiku úrazu pod vlivem alkoholu, léků nebo omamných látek? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		

Údaje o zdravotně nutném převozu do ČR	
Kdy byl převoz do ČR uskutečněn:	
Odkud (adresa):	
Kam (adresa):	
Název a adresa organizace, která převoz uskutečnila:	
Uvedte částky, které chcete proplatit, a přiložte originály účtů	
Částka uhrazená pojištěnou osobou (lékařské ošetření, léky, převoz,...):	
Částka, která uhrazena nebyla:	
Způsob vyplacení pojistného plnění	
<input type="checkbox"/> převodem v Kč na účet:	
<input type="checkbox"/> peněžní poukázkou na adresu:	
Poznámky	
Prohlášení a podpis	
<p>Předchozí údaje jsou úplné a pravdivé. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a neúplné údaje budou mít za následek ztrátu pojistné ochrany a to i v případě, že jejich prostřednictvím nebyla pojišťovna poškozena.</p> <p>Upozornění: Pokud jste oznámení o pojistné události osobně nevyplňovali, ověřte před jeho podepsáním správnost všech údajů.</p> <p>Je mi známo, že pojišťovna přezkoumá za účelem posouzení své povinnosti poskytnout pojistné plnění údaje, které zde uvádím k odůvodnění svých nároků nebo vyplývajících z předložených dokladů (např. potvrzení, osvědčení) nebo ze sdělení příslušné nemocnice nebo zaměstnanců jiných zdravotních zařízení. Za tímto účelem zprošťuji všechny výše jmenované příslušníky lékařského personálu, kteří se podíleli na mém ošetřování, povinnosti mlčenlivosti i v případě mé smrti. Zproštění povinnosti mlčenlivosti platí rovněž pro pojišťovny zprostředkující úrazové, nemocenské nebo životní pojištění dotyčného, s výjimkou sociálního zabezpečení a veškeré instituce, které zajistily převoz do ČR, případně pohřeb v místě úmrtí v zahraničí. Rovněž prohlašuji, že nejsem v příbuzenském vztahu s ošetřujícím lékařem, a že k pojistné události nedošlo v důsledku sebevraždy či pokusu o ní.</p> <p>Zmocňuji SV pojišťovnu, a.s. k tomu, aby mým jménem uplatnila nároky vůči zdravotní pojišťovně k této pojistné události ve smyslu ustanovení § 14 zákona č. 48/1997 Sb. a přijala poskytnuté plnění jako úhradu nákladů nutného a neodkladného léčení v cizině.</p>	
_____	_____
datum	podpis pojištěné osoby (u nezletilých zákonný zástupce)

Sídlo společnosti
SV pojišťovna, a.s.
Vyskočilova 1481/4
140 00 Praha 4
Číslo účtu: 126971750/0300

Kontakt
telefon: +420 221 585 111
info@svpojistovna.cz
www.svpojistovna.cz

Společnost je vedena
u Městského soudu v Praze
oddíl B, vložka 2740
IČO: 61858714
DIČ: CZ61858714

