

Oznámení škodní události

Léčebné výlohy v zahraničí

AWP P&C SA se sídlem 93400 Saint-Ouen, 7 Rue Dora Maar, Francouzská republika, registrační číslo 519 490 080 O.R.Bobigny, zapsaná u obchodního soudu v Bobigny pod správním č. 2016B01853, podnikající v České republice prostřednictvím AWP P&C Česká republika – odštěpný závod zahraniční právnické osoby, se sídlem: Praha 7, Jankovcova 1596/14b, PSČ 17000, IČ: 276 33 900, zapsaný v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 56112.

Číslo škodní události:											Doručeno:											
Číslo pojistné smlouvy:																						
Příjmení a jméno pojistěného:																						
Datum narození:			.			.																
Rodné číslo:																						
Zák.zástupce / kontakt. osoba:																						
Adresa:																PSČ:						
Telefon:											E-mail:											
Jste pojištěn/a na léčebné výlohy v zahraničí u jiné pojišťovny?															Ano	Ne						
Pojišťovna:											Číslo poj. smlouvy:											
Datum onemocnění / úrazu:																						
Místo vzniku, stát:																						
Příčina škody:	Nemoc		Úraz		Dopravní nehoda:	Ano	Ne															
Při jakém sportu:																						
Popis zdravotního problému:																						
Diagnóza:																						
Ošetření:	Ambulantní		Nemocniční		Hlášeno asistenční službě Allianz:	Ano	Ne															
Adresa zdravotnického zařízení:																						
Náklady k pojistné události – uveďte částku v cizí měně															Hrazeno klientem							
Ošetření:											Ano	Ne										
Léky:											Ano	Ne										

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování škodních událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal i jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od policie, soudu apod.). Beru na vědomí, že pojistitel je dle nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (GDPR), v platném znění, správcem osobních údajů vztahujících se k mnou uplatněným nárokům z této škodní události, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Bližší informace o způsobu a době zpracování Vašich osobních údajů naleznete na www.allianz-partners.cz.

Pozn.: Doložte prosím originály účtů a lékařskou zprávu

Pojistné plnění poukažte:

Na jméno a adresu: _____

Na korunový účet: _____ Kód banky: _____

Datum: _____ Podpis: _____