

## Oznámení pojistné události – cestovní pojištění

### Léčebné výlohy, hospitalizace, repatriace

**Pokyny pro vyplnění formuláře:**

1. Vyplňte formulář **ve všech bodech**.
2. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
3. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Kontaktního centra 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení spolu s dalšími dokumenty můžete zaslat poštou na adresu: **AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Office Park Nová Karolina, 28. října 3348/65, 702 00 Ostrava** nebo e-mailem na adresu [kptravel@axa-assistance.cz](mailto:kptravel@axa-assistance.cz).

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) <sup>1)</sup> :
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Stát narození:	Státní občanství:
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> Trvalý <input type="checkbox"/> Přechodný
Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):	
Zdravotní pojišťovna:	
Zákonný zástupce u pojištěného dítěte (jméno, příjmení, rodné číslo/datum narození):	
Držitel karty (jméno, příjmení, rodné číslo / datum narození):	
Žijete s pojištěným ve společné domácnosti?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Vztah pojištěného k držiteli karty:	<input type="checkbox"/> Osoba blízká <input type="checkbox"/> Spolucestující
Datum počátku pojištění  __ / __ / __	Datum konce pojištění  __ / __ / __
Datum počátku cesty/zájezdu  __ / __ / __	Datum konce cesty/zájezdu  __ / __ / __
E-mail:	Telefon:
Preferovaný způsob komunikace:	<input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> pošta
Číslo průkazu totožnosti:	Druh průkazu totožnosti: <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Jiný 2) (uveďte) .....
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	
Platnost průkazu od  __ / __ / __  do  __ / __ / __	
Byla kontaktována asistenní společnost?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Pokud ano, uveďte datum, kdy?  __ / __ / __	

**OBEČNÉ ÚDAJE O UDÁLOSTI**

Datum události: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Čas události:

Místo vzniku škody (včetně státu):

**ÚDAJE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI**

Škoda vznikla v důsledku:

úrazu

nemoci

Podrobný popis průběhu okolností události:

Která část těla byla poraněna / kde a jak se projevilo náhlé onemocnění nebo úraz:

Trpěla jste již před vycestováním onemocněním, pro které jste v cizině vyhledal/a lékařské ošetření?  ano  ne

Uveďte jméno, adresu a telefon Vašeho ošetřujícího lékaře v České republice:  
(praktický lékař nebo specialista (kardiolog, gynekolog, zubař apod.))

Název a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první pomoc:

Kde jste se léčil/a v zahraničí (uveďte název a adresu zařízení):

Datum návratu do České republiky |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Dopravu do zdravotního zařízení v cizině provedl (uveďte název/ jméno a příjmení, adresu):

Dopravu do České republiky provedl (uveďte název / jméno, příjmení a adresu):

Došlo k úrazu při dopravní nehodě?  ano  ne

Pokud ano, doložte policejní protokol či jinou zprávu vyšetřujícího orgánu.

Byla škoda zaviněna jinou osobou?  ano  ne

Pokud ano, uveďte jméno a adresu (telefon):

**ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN**Máte uzavřenou pojistnou smlouvu pro stejný typ pojištění u jiné pojišťovny?  ano  ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku a zda uplatňujete nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.

**NÁKLADY K POJISTNÉ UDÁLOSTI**

	Pojištěnému	Lékaři, nemocnici nebo dopravci
<input type="checkbox"/> za ambulantní ošetření		
<input type="checkbox"/> za léky a léčebné prostředky		
<input type="checkbox"/> za hospitalizaci		
<input type="checkbox"/> za dopravu		
<input type="checkbox"/> ostatní		

Ke každé částce doložte doklad o zaplacení. Stačí kopie, originály si uchovejte.

**DOKLADY K POJISTNÉ UDÁLOSTI** doklady o zaplacení lékařské zprávy jiné**ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ**

Žádám o výplatu pojistného plnění. Pojistné plnění poukažte:

 Číslo účtu \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (kód banky)Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem?  ano  ne Pokud NE, uveďte prosím:

Jméno a příjmení vlastníka účtu: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Adresa bydliště, včetně státu: \_\_\_\_\_

Důvod, proč má být výplata provedena na účet jiné osoby (nemá vlastní účet, společný účet v domácnosti apod.)

 Adresa (uveďte jméno, příjmení, ulici, číslo orientační a popisné, PSČ, místo – poštu), adresa musí být na území České republiky:

Jedná-li se o adresu jinou než trvalého nebo jiného pobytu či korespondenční adresu, uveďte současně prosím důvod zaslání právě na tuto adresu.

**PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ**

Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny.

Prohlašuji, že v případě nezletilého dítěte jsem zákonným zástupcem pojištěného dítěte a mám na jeho pojištění pojistný zájem. Souhlasím, abyste si sami nebo prostřednictvím vámi pověřeného lékaře získávali údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace od mého lékaře, zdravotní pojišťovny, jakéhokoliv orgánu veřejné moci či jiného pojistitele, u kterých mám já sjednáno jiné životní či úrazové pojištění. V případě hlášení Pojistné události týkající se osob Spolucestujících nebo Osob blízkých nás pojistník zmocňuje (resp. jejich jménem zmocňuje), abychom obdobně získávali údaje o jejich zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jejich zdravotním stavu od uvedených osob a orgánů zjišťovali informace o jejich zdravotním stavu, nahlíželi do jejich zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jejich zdravotním stavu, pořizovali z nich výpisy či opisy, a to i po jejich smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu Spolucestující nebo Osoby blízké zprošťují (resp. jejich jménem Pojistník zprošťuje) uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Zmocňujete vy nebo Spolucestující nebo Osoby blízké podle § 50 a § 51 tr. řádu (§ 33 spr. řádu) pracovníka Komerční pojišťovny, a.s., nebo AXA Assistance CZ, s.r.o., aby ve smyslu § 65 tr. řádu (§ 38 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené pojistné události nahlížel do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činil z něho výpisy a pořizoval si na vlastní náklady kopie.

**Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.**

Současně já a Spolucestující nebo Osoby blízké potvrzujeme, že nám byly poskytnuty a jsou nám známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažené v Informačním memorandu pojistitele a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na jeho internetových stránkách [www.kb-pojistovna.cz](http://www.kb-pojistovna.cz).

V případě preferované komunikace prostřednictvím e-mailu poskytnu souhlas k zasílání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto oznámení pojistné události. Odesláním oznámení pojistné události e-mailem beru na vědomí, že se jedná o nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslané osobní údaje přebírá pojistitel až jejich přijetím na jeho poštovní server.

V případě, kdy se osobní údaje (zejména e-mailová adresa, telefonní kontakt, korespondenční nebo trvalá adresa) o mně nebo pojištěných osobách, které pojistitel zpracovává, liší od údajů uvedených v tomto oznámení, beru na vědomí, že budou aktualizovány.

Datum

Jméno a příjmení žadatele/ zákonného zástupce

Podpis žadatele/ zákonného zástupce

- 1) vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno  
2) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.  
\*) nehodící se škrtněte