

Oznámení škodné události léčebných výloh v ČR - "Welcome"

Vážená paní, vážený pane,

snažíme se každý škodní případ co nejrychleji zpracovat. Podrobnými informacemi o pojistné události nám můžete být nápomocní. 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:		
Přechodné bydliště:		
Povolání, resp. stávající činnost:		
Státní příslušnost:		
Údaje o škodné události		
Datum úrazu / onemocnění:	čas:	místo:
Kdy se začaly projevovat první příznaky onemocnění?		
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 již dříve? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		
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 lékařském ošetření	
Kdy byla poprvé poskytnuta lékařská pomoc?	datum: _____ čas: _____
Jméno a adresa lékaře:	
Je lékařské ošetření ukončeno? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Jméno a adresa současného ošetřujícího lékaře:	
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 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>	
_____	_____
datum	podpis pojištěné osoby (u nezletilých zákonný zástupce)

