



OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI LIEČEBNÉ NÁKLADY

Číslo poistnej udalosti:

vyplní Europ Assistance s.r.o.

Meno:	<input type="text"/>	Kontaktná adresa:	<input type="text"/>
Priezvisko:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Rodné číslo:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Dátum narodenia:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Kontaktný telefón:	<input type="text"/>		<input type="text"/>
E-mail:	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Číslo poistky:	<input type="text"/>	Destinácia:	<input type="text"/>
Platnosť od:	<input type="text"/>	Cestovná kancelária:	<input type="text"/>
Platnosť do:	<input type="text"/>	Pobyt od - do:	<input type="text"/>
Dátum uzatvorenia:	<input type="text"/>	Účel cesty:	<input type="text"/>

Dátum udalosti:	<input type="text"/>	Bola informovaná asistenčná centrála?	<input type="text"/>
Miesto udalosti:	<input type="text"/>	Ak nie, uveďte dôvod:	<input type="text"/>
Dátum ošetrenia:	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Opíšte okolnosti, pre ktoré ste boli nútený/á vyhľadať lekárske ošetrenie, uveďte, o aké ochorenie išlo a aká bola stanovená diagnóza:

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Vyskytlo sa u Vás ochorenie, pre ktoré ste boli ošetrený/á v zahraničí už skôr?

Meno, adresa, telefón Vášho praktického lekára v SR:

Meno, adresa, telefón Vášho lekára – špecialistu v SR (chirurg, internista, gynekológ, stomatológ a pod.):

Špecifikácia nákladov spojených s poistnou udalosťou

Dátum	Špecifikácia nákladov	Suma	Uhradené na mieste?

Názov a kód Vašej zdravotnej poisťovne v SR: _____

Máte uzatvorené nejaké ďalšie poistenie, ktoré kryje vzniknutú udalosť? _____ áno/nie

Ak áno, prosíme, vyplňte nasledujúce údaje:

Názov poisťovne: _____ Číslo poisťky: _____

Adresa poisťovne: _____

Ak ste držiteľom bankovej karty, prosíme, uveďte

Typ bankovej karty (napr. VISA, MasterCard a i.) _____

Číslo bankovej karty: _____

Vydaná bankou: _____

Bankové údaje pre zaslanie sumy poistného plnenia

Názov banky: _____

Číslo účtu IBAN: _____

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý, že nesprávne a nepravdivé údaje môžu ovplyvniť povinnosť poisťovateľa poskytnúť poistné plnenie. V prípade vyšetrovania polície splnomočujem Poisťovňu Cardif Slovakia, a. s., Plynárenská 7/C, 821 09 Bratislava, IČO: 36 534 978 (ďalej aj „poisťovateľ“) k nazeraniu do vyšetrovacieho spisu v zmysle príslušných ustanovení Trestného poriadku alebo príslušných ustanovení Správneho poriadku týkajúceho sa vyššie uvedenej škody a k vyhotoveniu kópií a výpiskov. Beriem na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto dokumente som poisťovateľovi povinný poskytnúť v zmysle zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve, a že budú spracúvané v informačnom systéme poisťovateľa, zároveň beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený získať osobné údaje v rozsahu uvedenom v občianskom preukaze, vodičskom preukaze, pase, technickom preukaze kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosiči informácií. V zmysle zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení zároveň dávam poisťovateľovi písomný súhlas so spracovaním tu uvedených osobných údajov, a to najmä s ich poskytovaním a sprístupňovaním tretím osobám za účelom likvidácie poistnej/škodovej udalosti uvedenej v tomto hlásení, znalcom, expertíznym kanceláriám a organizáciám vykonávajúcim znaleckú a poradenskú činnosť za účelom vypracovania znaleckého posudku, expertízneho posudku, odborného vyjadrenia, a tiež v súvislosti so správou poistenia, s vymáhaním pohľadávok a zaistovníam na účely zaistenia. Tiež dávam poisťovateľovi súhlas s cezhraničným prenosom osobných údajov, vykonávaným na účely správy a na účely likvidácie poistných/škodových udalostí do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov, ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov. Zároveň vyhlasujem, že dávam výslovný súhlas so spracúvaním osobných údajov na obdobie celej archivácie tohto dokumentu v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov a tiež vyhlasujem, že som poučený o existencii mojich práv v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z.. Týmto dávam poisťovateľovi súhlas s použitím čísla môjho mobilného telefónu resp. e-mailovej adresy uvedených na tomto tlačive na účely likvidácie poistnej udalosti. Zároveň sa zaväzujem nahlásiť každú zmenu čísla telefónu resp. e-mailovej adresy do ukončenia likvidácie poistnej udalosti písomne, osobne alebo poštou.

Dátum: _____ Meno poisteného _____ Vlastnoručný podpis: _____

(vyplňte tlačítkom písmom):

--	--

Vyplnené oznámenie poistnej udalosti, vrátane originálov dokladu o poistení, cestovnej zmluvy, originálu potvrdenia dopravcu (P.I.R), letenky a batožinového lístka, potvrdenia dopravcu o omeškaní batožiny, doklade o doručení batožiny, a prípadne policajného protokolu zašlite, prosíme, na adresu: Europ Assistance s.r.o. - P. O. Box 385 - 810 00 Bratislava