

oznámení škodné události Notification of an Insurance Event

z komplexního zdravotního pojištění cizinců
under the comprehensive health insurance for foreigners

INFORMACE O POJIŠTĚNĚM ■ INSURED PERSON		ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY ■ INSURANCE POLICY NUMBER: 1060042914	
Datum platnosti pojištění od ■ Date of insurance validity from: 12.4.2021		do ■ to: 11.4.2021	
Příjmení ■ Surname: Zahradnik		Jméno ■ First name: Jakub	
Národnost ■ Nationality: Kanada		Datum narození ■ Date of birth: 19.12.1981	
Číslo pasu ■ Number of passport: QD698916			
Korespondenční adresa v ČR ■ Correspondence address in the CR: Plaská 588/9, Praha PSC ■ Postcode: 150 00			
Telefon ■ Telephone: +420 721 674 122		E-mail ■ E-mail: jake.zahradnik@gmail.com	

ÚDAJE O ŠKODNĚ UDÁLOSTI

(nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)
(if the place is insufficient for the required data, please state it in a separate annex)

Datum škodné události ■ Date of insurance event: 28.6.2021		Místo ■ Location: Praha	
Jste současně pojištěn/a na stejné riziko jinou pojistnou smlouvou? Are you concurrently insured against the same risk under another insurance policy? Pokud ano, uveďte jakou ■ If yes, please state under which one:		<input type="checkbox"/> Ano / Yes <input checked="" type="checkbox"/> Ne / No	
Oznámil/a jste škodnou událost asistenční službě? ■ Have you reported the insurance event to the assistance service?		<input checked="" type="checkbox"/> Ano / Yes <input type="checkbox"/> Ne / No	
Došlo ke škodné události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? Did the insurance event occur under the influence of alcohol or other addictive drugs?		<input type="checkbox"/> Ano / Yes <input checked="" type="checkbox"/> Ne / No	
Byla škodná událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu. Was the insurance event investigated by the Police? If yes, please attach the Police report.		<input type="checkbox"/> Ano / Yes <input checked="" type="checkbox"/> Ne / No	
Vznikla škoda cizím zaviněním? ■ Did the damage occur due to a third party liability? Pokud ano, uveďte podrobnější informace. ■ If yes, please state more detailed information.		<input type="checkbox"/> Ano / Yes <input checked="" type="checkbox"/> Ne / No	
Vznikla škoda při dopravní nehodě? ■ Did the damage occur at a traffic accident? Pokud ano, uveďte číslo jednací ■ If yes, please state the reference number:		<input type="checkbox"/> Ano / Yes <input checked="" type="checkbox"/> Ne / No	
O jaké onemocnění nebo úraz se jednalo, uveďte diagnózu (pokud ji znáte) ■ What was the illness or bodily injury, please state the diagnosis (if known to you): Očkování proti COVID 19			
Uveďte podrobný popis, za jakých okolností došlo k náhlému onemocnění nebo úrazu ■ Please describe in detail under what circumstances the abrupt illness or bodily injury took place: Očkování proti COVID 19			

Trpěl/a jste před počátkem pojištění uvedeným onemocněním? <input type="checkbox"/> Ano / Yes <input checked="" type="checkbox"/> Ne / No
Užíváte či užíval/a jste na toto onemocnění léky? <input type="checkbox"/> Ano / Yes <input checked="" type="checkbox"/> Ne / No Pokud ano, uveďte jaké <input type="checkbox"/> If yes, please state which ones:

U políček s možností volby zakřížkujte hodící se variantu. In the option boxes, please cross the applicable variant.

Jméno, adresa a telefon Vašeho ošetřujícího lékaře v ČR <input type="checkbox"/> Name, address and telephone number of your attending physician in the CR: Mudr. Martin !atn", Karlovo nám. 32, 224 966 587
Jméno, adresa a telefon zdravotnického zařízení, které poskytlo prvotní ošetření <input type="checkbox"/> Name, address and telephone number of the health facility which provided primary treatment: Všeobecná fakultní nemocnice, Karlovo nám. 32, 224 966 587
Jméno, adresa a telefon zdravotnického zařízení ve kterém proběhlo následné léčení (hospitalizace, ambulantní léčení) <input type="checkbox"/> Name, address and telephone number of the health facility in which the subsequent treatment (hospitalisation, out-patient treatment) took place:
Dopravu do zdravotnického zařízení provedl <input type="checkbox"/> Transport to the health facility was made by:

VÝŠE VZNIKLÉ ŠKODY AMOUNT OF THE LOSS OCCURED

Niže prosíme uveďte částky, které žádáte proplatit Please state below the amounts you request to be paid to	Pojištěnému the Insured person	Lékaři, nemocnici, dopravci Physician, hospital, transporter
Ambulantní ošetření <input type="checkbox"/> Out-patient treatment		
Hospitalizace <input type="checkbox"/> Hospitalisation		
Léky <input type="checkbox"/> Medicaments		
Doprava <input type="checkbox"/> Transport		
Ostatní <input type="checkbox"/> Other items		
CELKEM <input type="checkbox"/> TOTAL		

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ DATA FOR SENDING INSURANCE BENEFIT

Pojistné plnění poukážte Please remit the insurance benefit to:

Poštovní poukázkou na adresu v ČR <input type="checkbox"/> By postal order to the address in the CR: PSC <input type="checkbox"/> Postcode:		
Na korunový bankovní účet pojištěného u <input type="checkbox"/> To the Insured person's Czech crown bank account with:		
Číslo účtu <input type="checkbox"/> Account number:	kód banky <input type="checkbox"/> bank code:	spec. symbol <input type="checkbox"/> spec. symbol:

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášenému úrazu nebo onemocnění vyplnil/a pouze toto oznámení škodné události a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Souhlasím, aby si pojistitel vyzádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčení pojištěného pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení.

Rovněž souhlasím, aby si pojistitel pro potřeby šetření škodné události vyzádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

Počet listů příloh, které přikládám:

STATEMENT

I state that I have answered all the questions truly and completely, that I have only completed this Notification of an Insurance Event regarding the reported bodily injury or illness, and that I am aware of the consequences of incorrect, misleading or incomplete answers to the Insurer's duty to provide benefit.

I agree that the Insurer request for all the documentation on the health condition and course of treatment of the Insured person for the needs of investigating the insurance event, and I release the physician from the promise of confidentiality. In addition, I empower the physician, health facilities and facilities providing health care to make medical reports, extracts from medical documentation or to lend the same. I agree as well that the Insurer request, in order to investigate the insurance event, for any needed underlying materials with the Police, administrative bodies, and other insurance companies.

The number of annexed sheets that I am attaching:

V <input type="checkbox"/> In	dne <input type="checkbox"/> on
Podpis pojištěného nebo oprávněného zástupce <input type="checkbox"/> Signature of the Insured person or the Insured person's authorised representative	

Vyplněné hlášení pošlete prosíme na adresu AXA ASSISTANCE, Hvězdova 1689/2a, 140 62, Praha 4, Česká republika
Please send the completed notification to the address AXA ASSISTANCE, Hvězdova 1689/2a, 140 62, Prague 4, Czech Republic