

Rámcové identifikačné číslo:

Číslo poisťnej zmluvy:

Oznamovateľ poisťnej udalosti* (osoba, ktorá vypisuje oznámenie poisťnej udalosti)

** V prípade, ak osoba oznamujúca poistnú udalosť je splnomocnenec poisteného, musí byť súčasťou oznámenia poisťnej udalosti plná moc potvrdzujúca oprávnenie splnomocnenca konať v mene poisteného.*

meno, priezvisko tel. e-mail

mesto/ulica, číslo / PSČ

Poistený **

*** Údaj o poistenom vyplňajte len v prípade, ak oznamovateľ nie je totožný s poisteným.*

meno, priezvisko tel. e-mail

mesto/ ulica, číslo / PSČ rod. číslo /

Poisťná udalosť

Dátum vzniku hodina štát miesto vzniku škody

Popíšte podrobne vznik a priebeh nehody, ktorá si vyžadovala zásah záchranej služby

.....

.....

.....

Ak bolo príčinou nehody ochorenie - liečili ste sa na toto ochorenie už v minulosti? áno nie

Ak áno, uveďte dátum, odkedy ste pre dané ochorenie v liečbe:

Uveďte druh činnosti, pri ktorej nehoda vznikla:

Forma poskytnutej zdravotnej starostlivosti

	Výška nákladov v domácej/cudzej mene
Vyhľadávanie (pátranie) <input style="width: 180px;" type="text"/>	Transport <input style="width: 180px;" type="text"/>
Vyslobodzovanie <input style="width: 180px;" type="text"/>	Prevoz ľudských pozostatkov <input style="width: 180px;" type="text"/>
	Iné <input style="width: 180px;" type="text"/>

Bola škoda hlásená: polícii áno nie adresa:

Je tento druh poistenia dojednaný aj v inej poisťovni? áno nie Ak áno, uveďte:

názov a adresu poisťovne, číslo poisťnej zmluvy

Poisťné plnenie

V prípade úhrady vzniknutých nákladov, uveďte presnú sumu nákladov: cudzia mena:

Poisťné plnenie žiadam poukázať bankovým prevodom na číslo účtu IBAN:

poštovou poukážkou na adresu: meno a priezvisko príjemcu:

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu

Prehlásenie poisteného/oznamovateľa poisťnej udalosti

Podpísaný svojim podpisom potvrdzuje pravdivosť a úplnosť uvedených údajov a zaväzuje sa postupovať v zmysle všeobecne záväzných predpisov. Poistený vyjadruje súhlas s vyžiadanim všetkej potrebnej zdravotnej dokumentácie týkajúcej sa jeho zachraňovania v zahraničí alebo na Slovensku. Zároveň poistený prehlasuje, že súhlasí s tým, aby vyššie uvedené údaje boli poisťovateľom spracovávané na účel a počas doby prešetrovania a likvidácie poisťnej udalosti.

Prílohy:

- záznam o zásahu horskej záchranej služby na Slovensku (originál) - ak zasahovala HZS na Slovensku
- faktúra za zásah HZS s rozpisom jednotlivých účtovných úkonov, resp. faktúra s vyúčtovaním zachraňovacích nákladov (originál)
- doklad o úhrade faktúry za zachraňovacie náklady (originál) - ak bola uhradená
- lekárska správa s diagnózou (kópia) - ak bolo dôvodom zásahu ochorenie/úraz
- policajná správa (originál) - ak bola spísaná
- úmrtný list alebo list o obhliadke mŕtveho (overená kópia) - v prípade smrti poisteného
- štatistické hlásenie o úmrtí, resp. pitevná správa (kópia) - v prípade smrti poisteného

V dňa:

.....
podpis poisteného/oznamovateľa