

Kdo a kde zjistil trvalé následky

Jméno lékaře:	Odbornost:
Název a adresa zdravotnického zařízení:	

Která část těla byla poraněna?		
U končetin a párových orgánů označte stranu:	<input type="checkbox"/> Pravá	<input type="checkbox"/> Levá
Dominantní horní končetina je:	<input type="checkbox"/> Pravá	<input type="checkbox"/> Levá
Byla tato část těla postižena již před úrazem?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Jak se trvalé následky projevují:		
Poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazovým poškozením:		

V případě úrazu s následkem smrti, prosíme, přiložte kopii úmrtního listu a originál lékařské zprávy s uvedenou příčinou úmrtí.

DOPLŇUJÍCÍ POZNÁMKY

--

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte:

Poštovní poukázkou na adresu:	PSČ:	
Na korunový bankovní účet pojištěného u:		
Číslo účtu:	kód banky:	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 vyžádal 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 vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

Počet listů příloh, které přikládám:

V	dne
Podpis pojištěného nebo žadatele	

Vyplněné hlášení, prosíme, pošlete na adresu AXA ASSISTANCE, Kodaňská 25, 101 00 Praha 10, Česká republika