

Oznámenie škodovej udalosti

Vyplňte nasledujúci formulár a priložte požadované dokumenty. Pre výberové polia vyplňte jednu z možností. Ak nie je dostatok miesta pre požadované údaje, uveďte ich v samostatnej prílohe. Zoznam dokumentov nájdete na strane 3. bod 6. Stačí poslať kópie dokumentov, originály si ponechajte.

1. Všeobecné informácie

Oznámenie sa týka poistenia finančnej straty z dôvodu:

Dočasnej pracovnej neschopnosti

Trvalej pracovnej neschopnosti (trvalá invalidita)

Ošetrovania člena rodiny poistenia

Straty zamestnania

Skončenia alebo prerušenia podnikania SZČO

Iného dôvodu

Meno a priezvisko navrhovateľa nároku

Telefón

E-mail

Meno a priezvisko poisteného

Zákaznícke číslo v ZSE (uvedené na faktúre)

Dátum narodenia

Adresa bydliska

PSČ

Krajina pobytu

Telefón

E-mail

Poštová adresa

PSČ

2. Platobné inštrukcie

Číslo účtu

Kód banky

IBAN

SWIFT/BIC

Meno a priezvisko majiteľa/názov účtu

3. Podrobnosti o poistení

Číslo Dohody Služby pre domov

Istota Platieb

Istota Platieb Plus

Istota Platieb Komplet

Dátum podpisu Dohody Služby pre domov

Dátum ukončenia poistenia (vyplňte ak už bolo poistenie ukončené)

4. Údaje o škodovej udalosti

Bol incident nahlásený asistenčnej službe?

Nie – uveďte dôvod:

Áno – uveďte číslo udalosti: 712

Dátum udalosti:

Krajina konania:

Typ udalosti:

Dočasná pracovná neschopnosť - nižšie uveďte odkedy, príčinu a informácie o diagnóze

Trvalá pracovná neschopnosť (trvalá invalidita) - nižšie uveďte okolnosti a príčinu udalosti, kedy bolo vydané rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku

Ošetrovanie člena rodiny - nižšie uveďte okolnosti a popis udalosti

Strata zamestnania - nižšie uveďte okolnosti a popis udalosti

Skončenie alebo prerušenie podnikania SZČO - nižšie uveďte okolnosti a popis udalosti

Iné - nižšie uveďte okolnosti a popis udalosti

Popis udalosti:

Trpeli ste touto alebo podobnou chorobou v minulosti?

 Áno Nie

Utrpeli ste v minulosti toto alebo podobné zranenie?

 Áno Nie

Bola škoda spôsobená konzumáciou alkoholických nápojov/narkotík/liekov?

 Áno Nie

Bol incident nahlásený príslušným št. orgánom (polícií, záchr. službe, hasičskému záchr. zboru)?*

 Áno Nie

Bola škoda spôsobená chybou/zavinením niekoho iného?

 Áno Nie

*Ak škodovú udalosť rieši polícia/záchranná služba/hasičský záchranný zbor, uveďte hlásenie alebo referenčné číslo.

5. Údaje o vzniknutých nákladoch

Ak vám už v rámci škodovej udalosti vznikli náklady, uveďte ich nižšie vrátane ich sumy a toho, či boli uhradené a kým.

6. Vzorový zoznam požadovaných dokumentov (podľa druhu škody):**Vzorový zoznam požadovaných dokumentov (podľa druhu škody):**

typ dokumentu	1	2	3	4	5
Doklad o práceneschopnosti vystaveného ošetrovujúcim lekárom	✓				
Lekársky posudok potvrdzujúci dôvody dočasnej pracovnej neschopnosti	✓				
Rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku		✓			
Lekárska správa Sociálnej poisťovne, na základe ktorej bol priznaný invalidný dôchodok		✓			
Kópia rozhodnutia ošetrojúceho lekára o vzniku alebo trvaní potreby dlhodobej starostlivosti alebo kópia rozhodnutia príslušného správneho orgánu vo veci žiadosti o príspevok na opatrovanie			✓		
Kópia potvrdenia zamestnávateľa o čerpaní pracovného voľna alebo kópiu zápočtového listu a potvrdenie zamestnávateľa o skončení pracovného pomeru z dôvodu ošetrovania			✓		
Potvrdenie o prihlásení na príslušný úrad práce a doklad potvrdzujúci, že tento stav a nárok trvá nepretržite najmenej 29 dní				✓	✓
Kópia poslednej pracovnej zmluvy z posledného zamestnania				✓	
Kópia výpovede o skončení pracovného pomeru alebo iného dokladu potvrdzujúceho, že došlo k strate zamestnania				✓	
Potvrdenie o poberaní dávky v nezamestnanosti				✓	✓

1 Dočasná pracovná neschopnosť

2 Trvalá pracovná neschopnosť (trvalá invalidita)

3 Ošetrovanie člena rodiny

4 Strata zamestnania

5 Skončenie alebo prerušenie podnikania SZČO

Korešpondenčná adresa

AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o.

28. října 3348/65, 702 00 Moravská Ostrava a Přívoz

E-mail: claims.travel@axa-assistance.cz

Deklarácia

Oprávňujem poisťiteľa, aby mu boli poskytnuté všetky zdravotné informácie, s výnimkou genetického testovania, o mojom zdravotnom stave od všetkých lekárov, u ktorých som bol liečený(á) alebo od ktorých som dostal(a) lekársku pomoc, ako aj od všetkých zdravotníckych zariadení a zdravotníckych pracovísk, ktoré mi poskytli zdravotnú starostlivosť, a tiež na spracovanie mojich osobných údajov, ktoré s tým súvisia. Zároveň súhlasím s tým, aby lekári, zdravotnícke zariadenia a inštitúcie poskytli poisťiteľovi všetky informácie o mojom zdravotnom stave a zdravotnú dokumentáciu súvisiacu s mojou liečbou.

Splnomocňujem poisťiteľa, aby poskytol informácie súdom, prokuratúre, polícii a iným orgánom a inštitúciám v súvislosti s nárokom, na základe ktorého sa určuje zodpovednosť poisťiteľa.

 Dátum

 Podpis poisteného alebo splnomocnenej osoby

Týmto potvrdzujem, že vyššie uvedené informácie sú pravdivé a že som si vedomý/-á, že nepravdivé vyhlásenie alebo poskytnutie nepravdivých informácií môže viesť k mojej trestnej zodpovednosti a odmietnutiu vyplatiť odškodnenie.

 Dátum

 Podpis poisteného alebo splnomocnenej osoby