

Oznámení škodné události léčebných výloh v ČR - "Welcome"**Notification of medical expenses insured loss in the Czech Republic - "Welcome"**

Vážená paní, vážený pane,

snažíme se každý škodní případ co nejrychleji zpracovat. Podrobnými informacemi o pojistné události nám můžete být nápomocni. Dotazník vyplňte pečlivě a úplně, zamezíte tím případným doplňujícím dotazům, které mohou zpracování zdržovat.

Dear Sir, Madam,

we try to process every claim as quickly as possible. You can help us with detailed information about an insured loss. Fill out the questionnaire carefully and completely to avoid any additional questions that may delay processing.

S přátelským pozdravem / Sincerely

ERGO pojišťovna, a.s.

Číslo pojistné smlouvy / Insurance policy number (e.g. 4404511111)	
Údaje o pojištěné osobě / Information about insured person	
Jméno a příjmení / Name and surname:	Rodné číslo / Personal ID no:
Telefon / Telephone:	Email:
Trvalé bydliště / Permanent residence:	
Přechodné bydliště / Temporary residence:	
Povolání, resp. stávající činnost / Occupation or existing activity:	
Státní příslušnost / Nationality:	
Údaje o škodné události / Information about insured loss	
Datum úrazu, onemocnění / Date of accident / illness:	
Čas / time:	Místo / place:
Kdy se začaly projevovat první příznaky onemocnění? / When did the first symptoms of the illness begin to appear?	
Druh zranění, onemocnění (diagnóza) / Type of injury, illness (diagnosis):	

Přesný popis průběhu úrazu, onemocnění (pokud nestačí místo, pokračujte na druhé straně v poznámkách) /
Accurate description of the course of injury, illness (if there is not enough space, continue on the other side in
the comments):

Byl/a jste s tímto druhem úrazu, onemocnění ošetřován/a již dříve? ANO NE
Have you been treated for this kind of injury, illness before? YES NO

Šetřila pojistnou událost policie (pokud ano, přiložte policejní zprávu) / ANO NE
Did the police investigate the insured loss (if yes, attach the police report) YES NO

Byla zraněná osoba v okamžiku úrazu pod vlivem alkoholu, léků nebo ANO NE
omamných látek? YES NO
Was the injured person under the influence of alcohol, drugs or narcotics at the time of the injury?

**Údaje o lékařském ošetření/ Information about medical treatment / Please specify the
amounts you wish to have reimbursed and attach the original accounts**

Kdy byla poprvé poskytnuta lékařská pomoc? Datum / Čas /
When was medical aid first provided? date: time:

Jméno a adresa lékaře /
Name and address of doctor:

Je lékařské ošetření ukončeno? ANO NE
Has the medical treatment been completed? YES NO

Jméno a adresa současného ošetřujícího lékaře:
Name and address of current attending physician:

**Uveďte částky, které chcete proplatit, a přiložte originály účtů / Please specify the
amounts you wish to have reimbursed and attach the original accounts**

Částka uhrazená pojištěnou osobou (lékařské ošetření, léky, převoz...) /
Amount paid by the insured person (medical treatment, medicines, transport...):

Částka, která uhrazena nebyla / Amount that was not paid:

Způsob vyplacení pojistného plnění / Method of indemnification payment

Převodem na účet / Via bank transfer:

Peněžní poukázkou na adresu /
Money order to address:

Poznámky / Comments

Prohlášení a podpis / Statement and signature

Předchozí údaje jsou úplné a pravdivé. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a neúplné údaje budou mít za následek ztrátu pojistné ochrany a to i v případě, že jejich prostřednictvím nebyla pojišťovna poškozena.

Upozornění: Pokud jste oznámení o pojistné události osobně nevyplňovali, ověřte před jeho podepsáním správnost všech údajů.

Je mi známo, že pojišťovna přezkoumá za účelem posouzení své povinnosti poskytnout pojistné plnění údaje, které zde uvádím k odůvodnění svých nároků nebo které vyplývají z předložených dokladů (např. potvrzení, osvědčení) nebo ze sdělení příslušné nemocnice nebo zaměstnanců jiných zdravotních zařízení. Za tímto účelem zprošťuji všechny výše jmenované příslušníky lékařského personálu, kteří se podíleli na mém ošetřování, povinnosti mlčenlivosti i v případě mé smrti. Zproštění povinnosti mlčenlivosti platí rovněž pro pojišťovny zprostředkující úrazové, nemocenské nebo životní pojištění dotyčného, s výjimkou sociálního zabezpečení a veškeré instituce, které zajistily převoz do ČR, případně pohřeb v místě úmrtí v zahraničí. Rovněž prohlašuji, že nejsem v příbuzenském vztahu s ošetřujícím lékařem, a že k pojistné události nedošlo v důsledku sebevraždy či pokusu o ní.

The above information is complete and true. I am aware that false and incomplete information will result in the loss of insurance protection, even if the insurance company has not been damaged by such information.

Notice: If you did not personally complete the insured loss notice, please verify that all of the information is correct before you sign it.

I am aware of the fact that in order to assess its obligation to pay indemnification, the insurance company will examine the information I have provided here to justify my claims, or which arise from the submitted documents (e.g. verification, certificate), or from the communications of the relevant hospital or employees of other healthcare facilities. To this end, I exempt all of the aforementioned members of the medical staff who participated in my treatment from the obligation of confidentiality even in the event of my death. Exemption of confidentiality also applies to insurance companies mediating the accident, sickness or life insurance of the person concerned, with the exception of social security and all institutions that provided transportation to the Czech Republic, or a funeral at the place of death abroad. I also declare that I am not related to the attending physician and that the insured loss did not occur as a result of suicide or attempted suicide.

.....
Datum / date

.....
Podpis pojištěné osoby (u nezletilých zákonný zástupce) /
signature of insured person (legal guardian for minors)