

Oznámenie poistnej udalosti

Meno a priezvisko		Rodné číslo	Štátna príslušnosť	Číslo poistnej zmluvy
Adresa (ulica, mesto, PSČ)				Telefón
Dátum odchodu	Dátum príchodu	Dátum poistnej udalosti	Hodina poistnej udalosti	Organizátor vašej cesty (cestovná kancelária, podnik, individuálne)
2 0	2 0	2 0		
Popis vzniku poistnej udalosti			Miesto vzniku poistnej udalosti	
			Štát a jeho mena	
Označte úkony vzťahujúce sa k vašej poistnej udalosti				
<input type="checkbox"/> ošetrovanie <input type="checkbox"/> lieky <input type="checkbox"/> hospitalizácia <input type="checkbox"/> repatriácia <input type="checkbox"/> transport <input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> privolanie správdzajúcej osoby <input type="checkbox"/> batožina <input type="checkbox"/> zodpovednosť za škodu <input type="checkbox"/> storno zájazdu <input type="checkbox"/> iné				
Ku kontaktu s asistenčnou službou ČSOB Poistovne, a. s. došlo		Dňa	Ako došlo k platbe	
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		2 0	<input type="checkbox"/> v hotovosti <input type="checkbox"/> neplatené <input type="checkbox"/> neplatené, prikladám faktúru	
Poistné plnenie žiadam na účet	Kód banky	Poistné plnenie poukážete na adresu		
PREHLASUJEM, ŽE VŠETKY ÚDAJE V TOMTO OZNÁMENÍ SÚ PRAVDIVÉ A ÚPLNÉ.		Dňa podpis poisteného (zákonného zástupcu alebo oprávnenej osoby)	
		2 0		

ATESTATIO MEDICI (Litteris versalibus)

Meno chorého/Nomen aegroti			Narodený/Natus		
Diagnóza/Diagnosis					
Liečba/Therapia					
Hospitalizovaný kde/Hospitalisation in usque ad diem			Odo dňa/a die	Až do/usque ad diem	
			2 0	2 0	
Pokračovanie doma/Aegrotus domo in lectu affixus			Odo dňa/a die	Až do/usque ad diem	
			2 0	2 0	
Deň/Die	Podpis lekára/Nomen medici		Podpis a pečiatka/Sigillium, Nomen medici		
2 0					
BEZ TEJTO VYPLNENEJ LEKÁRSKEJ SPRÁVY NIE JE MOŽNÉ REALIZOVAŤ POISTNÉ PLNENIE.					

VYPLNÍ LEKÁR! / AUSGEFÜLLT VOM ARZT! / PHYSICIAN SHOULD FILL IN! / REMPLIRE PAR MEDICIN!