

**OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI Z CESTOVNÍHO POJIŠTĚNÍ
Z POJIŠTĚNÍ LÉČEBNÝCH VÝLOH V ZAHRANIČÍ**

Jméno a příjmení pojištěného:		
Adresa trvalého bydliště pojištěného:		Číslo pojistné smlouvy:
Rodné číslo pojištěného:	Telefon/ Mobil:	E-mail, fax:
Název organizace, kde byla uzavřena pojistná smlouva:		
Datum a čas vzniku škody den, měsíc, rok: _____ hodina: _____		
Místo vzniku škody – stát, město:		

Popište podrobně okolnosti, kvůli kterým jste museli vyhledat lékařské ošetření (uvedte, o jaké onemocnění, resp. úraz se jedná a jak vznikl):

Zapříčinila škodní událost jiná osoba? Jestliže ano – uveďte její jméno, adresu svědků a jak byla uvedená událost hlášena na policii, uvést její přesnou adresu:

Trpěli jste už před začátkem pojištění onemocněním, kvůli kterému jste museli vyhledat v zahraničí lékařské ošetření?

ano ne

Hlásili jste škodní událost asistenční službě EuroCross Assistance Czech Republic? Jestliže ne, uveďte důvod:

ano ne důvod: _____

Tento druh pojištění mám sjednaný a uplatnil jsem nárok na náhradu škody také u jiné pojišťovny? Jestli ano, uveďte přesný název a adresu:

ano ne přesný název a adresa: _____

Jaká lékařská péče Vám byla poskytnuta?

Ambulantní ošetření (den, měsíc, rok)	převoz do nemocnice (den, měsíc, rok)
léky (název léku/léčiv)	převoz pacienta do vlasti (den, měsíc, rok)
hospitalizace (od – do)	převoz tělesných pozůstatků (den, měsíc, rok)

V případech, že jste už uhradili léčebné výlohy, uveďte přesnou sumu:	
Plnění žádám poukázat	
na účet č.:	vedený v CZK v bance:
jméno majitele účtu:	
anebo na adresu:	

Podle § 5 zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů podpisem tohoto oznámení škodní události dávám souhlas Union poist'ovni, a.s. ke zpracování svých osobních údajů, uvedených v tomto oznámení, za účelem likvidace škodní události. Souhlas je daný na dobu neurčitou a je možné ho kdykoliv písemně odvolat. Odvolání souhlasu nemá zpětný účinek.

Přiložené doklady označte křížkem:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kopie pojistné smlouvy | <input type="checkbox"/> originál zprávy ošetřujícího lékaře včetně diagnózy |
| <input type="checkbox"/> originál účtů za ošetření a léky | <input type="checkbox"/> lékařsky předpis léčiv |
| <input type="checkbox"/> kopie policejní zprávy | |

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a nic nebylo zamlčeno. Jsem si vědom, že nepravdivost odpovědi může zbavit pojišť'ovnu povinnosti plnění. Souhlasím, aby Union poist'ovňa, a.s. vyžádala veškerou potřebnou dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu.

V dne

.....
podpis pojištěného