

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Pojistník

(kdo uzavřel smlouvu
nebo cestovní kancelář)

Příjmení (resp. obchodní jméno firmy)

Jméno

Titul Rodné číslo/IČ

Telefon (8 - 17 hodin)

E-mail

@

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Pojištěný

Příjmení

Jméno

Titul Rodné číslo

Telefon (8 - 17 hodin)

E-mail

@

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Všeobecné údaje

Termín cesty

od

2 0

do

2 0

Pojistná událost se stala

dne

2 0

hodina

město / místo

země

Uveďte podrobný popis,
jak ke škodě došlo,
co se stalo, vč. druhu
poranění nebo onemocnění

Dále vyplňte příslušnou část podle druhu škody. Nezapomeňte vyplnit poslední část oznámení!!

Pojištění léčebných výloh / Pojištění domácího miláčka

Název a adresa zařízení,
které poskytlo ošetření:

Požadují úhradu nákladů
uhrazených v hotovosti:

za ošetření:

měna

za léky:

měna

jiné - uveďte:

měna

částka celkem:

měna

Uveďte celou výši
neuhrazených nákladů:

např.
za ošetření,
transport, atd

měna

Originály dokladů musí obsahovat název zdravotního zařízení, jméno a datum narození poškozeného, diagnózu a rozpis poskytnutých služeb.

Pojištění zavazadel

Kolik jste měl zavazadel?

Kolik zavazadel bylo
ztraceno / odcizeno?

Přiložte tyto doklady:

Seznam poškozených, zničených nebo ukradených věcí uveďte v příloze (vč. dokladů o jejich nabytí a jejich pořizovací hodnotě = účty, faktury)
Kopii protokolu policie o vloupání nebo dopravní nehodě
Zápis o škodě od odpovědného zástupce dopravce



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Pojištění odpovědnosti za škody způsobené třetí osobě

Komu byla způsobena škoda (uveďte jméno, adresu a datum narození poškozeného)	<input type="text"/>
Uveďte podrobnosti ke vzniku a rozsahu škody	<input type="text"/>
Uhradil/a jste nějakou částku za majetkovou škodu?	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ve výši <input type="text"/> měna <input type="text"/>
Škodu na majetku je třeba doložit:	Protokolem mezi poškozeným a pojištěným s uvedením data, místa škody, jak ke škodě došlo, co bylo poškozeno, pořizovací cenou věci, datem pořízení. Protokol musí být podepsán pojištěným, poškozeným a dvěma svědky s uvedením jejich plného jména, data narození a adresy. Nemůže se jednat o osoby příbuzné. Dokladem o úhradě škody.
Škodu na zdraví je třeba doložit:	policejním protokolem nebo protokolem Horské služby či jiného oficiálního státního orgánu písemným vyjádřením svědků s uvedením jejich identifikace

Ostatní údaje ke škodě a pro zaslání pojistného plnění

Kontaktoval/a jste asistenční službu:	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pokud ano, uveďte datum <input type="text"/>
Máte sjednáno další cestovní pojištění? Uveďte i pojištění v rámci platební karty.	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Název pojišťovny, banky <input type="text"/>
Pokud máte sjednáno pojištění k platební kartě, uveďte číslo karty.	<input type="text"/>
Pojistné plnění poukažte: na adresu	<input type="text"/>
Nebo na účet	číslo <input type="text"/> kód banky <input type="text"/> spec. symbol <input type="text"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Požadovanou variantu zakřížkujte!

Prohlašuji, že lékařské ošetření bylo nezbytně nutné a jednalo se o akutní onemocnění nebo úraz.
V případě, že úhradu nákladů léčení nebo majetkové škody provedl za pojištěného někdo jiný, uvede pojištěný jméno a adresu osoby nebo firmy, které má pojistitel vyplatit pojistné plnění a zároveň tím prohlašuje, že jeho nároky vůči pojistiteli jsou tímto plněním vyrovnány.
Prohlašuji, že poškozená osoba není v příbuzenském vztahu ani s pojištěným, ani s pojistníkem, ani v pracovním nebo obchodním vztahu k nim.
Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčení pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti.
Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven pro potřeby šetření škodné události.
Podpisem potvrzují, že jsem všechny dotazy odpověděl/a úplně a pravdivě a jsem si vědom/a důsledků hrubě zkreslených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.