

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

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)

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Pojištěný

Příjmení

Jméno

Titul

Rodné číslo

Telefon (8 - 17 hodin)

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

Uzavřel jste cestovní
pojištění pro tuto cestu
u další pojišťovny?

ano

ne

U které?

Pojištění léčebných výloh

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

Uveďte druh poranění nebo
onemocnění:

Název a adresa zařízení,
které poskytlo ošetření:

Požaduji náhradu:

celkových hrazených nákladů ve výši

měna

Přiložte tyto doklady:

Doklad o pojištění a úhradě pojistného

Doklad o délce trvání cesty (kopie letenky, jízdenky, razítka v pasu apod.)

Lékařskou zprávu o ošetření

ano

ne

doklad o úhradě

ano

ne

Předpis na léky

ano

ne

doklad o úhradě

ano

ne

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

Pojištění zavazadel

Kolik jste měl zavazadel?

Kolik zavazadel bylo
poškozeno?

Dali jste poškozené věci do
opravy?

ano

ne

Pokud ano, uveďte které:

Přiložte tyto doklady:

Doklad o pojištění a úhradě pojistného

Doklad o délce trvání cesty (kopie letenky, jízdenky, razítka v pasu apod.)

Seznam poškozených, zničených nebo ukradených věcí uveďte v příloze

Doklady o pořízení věcí

Kopii dokladu o opravě a ceně opravy

Kopii protokolu policie o vloupání nebo dopravní nehodě



Požadovanou variantu zakřížkujte!

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

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Pojištění odpovědnosti za škody způsobené třetí osobě

Komu byla způsobena škoda (uveďte jméno, adresu a datum narození poškozeného)

--	--

Uveďte podrobnosti ke vzniku a rozsahu škody

--	--

Uhradil/a jste nějakou částku za majetkovou škodu?

ano ne ve výši měna

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 ne pokud ano, uveďte datum

Máte platební nebo kreditní kartu?

ano ne druh / typ karty:
u které banky:

U které zdravotní pojišťovny jste pojištěn?

--	--

Pojistné plnění poukažte: na adresu

--	--

Nebo na účet

číslo kód banky spec. symbol

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, uveďte 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 zkeslených 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.

v _____ dne _____

Podpis pojištěného