

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI – CESTOVNÍ POJIŠTĚNÍ

Pojištěný (jméno a příjmení):	Rodné číslo:	
Číslo platební karty, v rámci které máte uzavřeno cestovní pojištění:		
Název a kód zdravotní pojišťovny:		
Máte ještě jiné pojištění léčebných výloh (např. z platební karty?)	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Pokud ano, uveďte jaké a u jaké společnosti?		

Informace o zájezdu

Země pobytu:	Název cestovní kanceláře:
Účel cesty:	turistika <input type="checkbox"/> služební <input type="checkbox"/> sportovní činnost <input type="checkbox"/>
Zájezd objednáno dne:	Pobyt od: do:

Vaše kontaktní adresa a telefonní spojení (mobilní telefon, pevná linka, fax, e-mail):

Výplata pojistného plnění bude provedena na účet číslo (prosím uveďte celé číslo účtu, včetně předčíslí a směrového kódu banky):

Tento vyplněný formulář, prosím, zašlete na adresu Europ Assistance Czech Republic, s. r. o., Na Pankráci 127, 140 00 Praha 4 spolu s následujícími dokumenty:

- originál lékařské zprávy
- originál cestovní smlouvy (je-li k dispozici)
- originály účtů za léky
- v případě dopravní nehody, kdy na místo byla přivolána policie, kopii policejní zprávy s překladem do českého jazyka
- originál letenky a zavazadlového lístku
- originál potvrzení dopravce (P.I.R.)
- originál dokladu o doručení zavazadla
- originály stvrzenek o nákupu věci
- v případě krádeže zavazadel z vozu – originál dokladu o opravě poškozené části vozu

Prohlašuji, že mnou poskytnuté informace v Oznámení pojistné události jsou úplné a pravdivé. Prohlašuji dále, že jsem byl/a seznámen/a a souhlasím s Rámcovou pojistnou smlouvou uzavřenou mezi POJIŠŤOVNOU CARDIF PRO VITA, a. s., a pojistníkem, která byla platná v den podpisu úvěrové smlouvy nebo v den podpisu dodatku k ní, včetně Všeobecných pojistných podmínek tvořících přílohu této Rámcové pojistné smlouvy. Vyslovením souhlasu s Rámcovou pojistnou smlouvou a podpisem tohoto Oznámení pojistné události současně uděluji výslovný souhlas POJIŠŤOVNĚ CARDIF PRO VITA, a. s., IČ 25080954 (dále jen „pojistitel“) v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o ochraně osobních údajů“), aby moje osobní údaje včetně údajů citlivých dle § 4 písm. b) citovaného předpisu byly pojistitelem zpracovány v rámci jeho činnosti a činností souvisejících s pojišťovací činností podle Zákonu číslo 363/1999 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k uplatnění a vypořádání nároků z pojištění (resp. likvidace pojistné události). Podpisem tohoto Oznámení uděluji pojistiteli v souladu s ustanovením § 50, odst. 1 Zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, výslovný souhlas ke zjišťování a přezkoumávání skutečností týkajících se mého zdravotního stavu prostřednictvím smluvních lékařů pojistitele (popř. pověřeným zdravotnickým zařízením). Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu § 11 Zákona o ochraně osobních údajů řádně informován/a o zpracování svých osobních údajů, jakož i o svých právech a povinnostech pojistitele vyplývajících z výše uvedeného zákona. Zároveň souhlasím, aby data uvedená v tomto Oznámení byla v souvislosti s uzavřeným pojištěním předávána pojistiteli a smluvním lékařům pojistitele (popř. pověřeným zdravotnickým zařízením) prostřednictvím faxu, el. pošty a PC médií, popř. jinými způsoby umožňujícími bezpečný přenos datových, textových, hlasových a obrazových zpráv, a aby mi těmito způsoby byly zaslány informace týkající se mého vztahu s pojistitelem a pojistníkem.

V.....

dne.....

Podpis oznamovatele:.....

LÉČEBNÉ VÝLOHY V ZAHRANIČÍ

Kdy a kde došlo k úrazu nebo náhlému onemocnění pojištěného?		
Datum:	Místo:	Stát:
Uvedte, za jakých okolností došlo k úrazu nebo náhlému onemocnění pojištěného:		
Která část těla pojištěného byla poraněna – jak se projevilo onemocnění?		
Léčil jste se před počátkem pojištění na onemocnění, pro které jste v zahraničí vyhledal lékařské ošetření? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		
Jméno a adresa Vašeho praktického lékaře v ČR, popř. příslušného specialisty v ČR (internista, gynekolog, chirurg, stomatolog apod.):		
Byla kontaktována asistenční služba (kdy a kdo)? Pokud ne, proč?		
Název a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první pomoc:		
Kde se pojištěný léčil:		
Dopravu pojištěného do zdravotnického zařízení v cizině provedl:		
Dopravu pojištěného do ČR provedl:		
Datum návratu pojištěného do ČR:		
Byl úraz nebo náhlé onemocnění zaviněno třetí osobou? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>		
V případě, že ano, uveďte, kým byl úraz/onemocnění zaviněno (jméno, příjmení a kontaktní adresa popř. telefon, mobil, fax):		
Uveďte, kdo případ vyšetřoval (jméno, příjmení a kontaktní adresa, popř. telefon, mobil, fax):		

Náklady na pojistnou událost z pojištění léčebných výloh:

Vzniklé náklady prokazují těmito originály dokladů a doklady o úhradě (bez originálních dokladů nemůže být pojistná událost vyřízena):

Popis dokladu (účet za léčení, léky, dopravu nebo uveďte ostatní)	výše nákladů	měna
OŠETŘENÍ:		
LÉKY:		
OSTATNÍ:		
CELKEM:		

LÉČEBNÉ VÝLOHY V ZAHRANIČÍ

Pojištěný náklady nehradil – úhradu nákladů požaduje zdravotnické zařízení v celkové částce a měně:

Pojištěný náklady uhradil a uplatňuje náhradu nákladů v celkové uhrazené částce a měně:

Potvrzení ošetřujícího lékaře / Doktor statement

Datum ošetření / Date of the first treatment:

Hospitalizován od / Hospitalisation from:

Hospitalizován do / hospitalisation to:

Diagnóza / Diagnosis:

Způsob ošetření / Way of the treatment:

Návrh řešení léčby / Prescription of medicines:

Jméno a adresa lékaře a podpis / Name and address of the doktor (write in capitals) and signature:

ZTRÁTA, KRÁDEŽ NEBO POŠKOZENÍ ZAVAZADEL, ZTRÁTA/ODCIZENÍ KLÍČŮ, DOKLADŮ NEBO PENĚŽENKY

Datum vzniku pojistné události:

Místo škodní události:

Druh pojistné události	ztráta	odcizení	krádež	poškození
Na zavazadlech:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Na klíčích:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Na dokladech:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Na peněžence:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Datum oznámení pojistné události na policii:

Adresa policejní stanice (je-li obtížné ji zjistit, nevyplňuje se):
Jména a adresy případných svědků pojistné události:
Popište, jak k pojistné události došlo:

Seznam ztracených, ukradených, odcizených nebo poškozených věcí (nestačí-li místo, uveďte další položky na zvláštní přílohu, kterou podepíšete a označte datem vyhotovení):

Popis věci (značka)	Pořizovací cena v Kč	Datum pořízení nebo stáří věci