

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

### Pojistník

(kdo uzavřel smlouvu  
nebo cestovní kancelář)

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Příjmení (resp. obchodní jméno firmy)		Jméno	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> @ <input type="text"/>
Titul	Rodné číslo/IČ	Telefon (8 - 17 hodin)	E-mail
<input type="text"/>			
Ulice			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Č.p.	PSC	Obec	

### Pojištěný

<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Příjmení		Jméno	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/> @ <input type="text"/>
Titul	Rodné číslo	Telefon (8 - 17 hodin)	E-mail
<input type="text"/>			
Ulice			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Č.p.	PSC	Obec	

### Všeobecné údaje

Termín cesty	od	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	0	do	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	0
--------------	----	----------------------	----------------------	---	----------------------	---	----	----------------------	----------------------	---	----------------------	---

Pojistná událost se stala	dne	<input type="text"/>	<input type="text"/>	2	<input type="text"/>	0	hodina	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	město / místo	<input type="text"/>						země	<input type="text"/>

Uvedte podrobný popis, jak ke škodě došlo, co se stalo, vč. druhu poranění nebo onemocnění	<input type="text"/>
---	----------------------

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:	<input type="text"/>
--	----------------------

Požadují úhradu nákladů uhrazených v hotovosti:	za ošetření:	<input type="text"/>	měna	<input type="text"/>
	za léky:	<input type="text"/>	měna	<input type="text"/>
	jiné - uveďte:	<input type="text"/>	měna	<input type="text"/>
	částka celkem:	<input type="text"/>	měna	<input type="text"/>

Uvedte celou výši neuhrazených nákladů:	např. za ošetření, transport, atd	<input type="text"/>	měna	<input type="text"/>
--	---	----------------------	------	----------------------

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

### Pojištění zavazadel

Kolik jste měl zavazadel?	<input type="text"/>
---------------------------	----------------------

Kolik zavazadel bylo ztraceno / odcizeno?	<input type="text"/>
--	----------------------

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)

--

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 věcí, 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 sjednáno další cestovní pojištění? Uveďte i pojištění v rámci platební karty.

ano  ne  Název pojišťovny, banky

Pokud máte sjednáno pojištění k platební kartě, uveďte číslo karty.

--

Pojistné plnění poukažte na adresu

--

Nebo na účet

číslo  kód banky  spec. symbol



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.