

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

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Pojistník

(kdo uzavřel smlouvu nebo cestovní kancelář)

Příjmení (resp. obchodní jméno firmy)			Jméno		
<input type="text"/>	<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		
Ulice					
Č.p.	PSČ	Obec			

Pojištěný

Příjmení			Jméno		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Titul	Rodné číslo	Telefon (8 - 17 hodin)	E-mail		
Ulice					
Č.p.	PSČ	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"/>					
Uveďte 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"/>								
Uveďte 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 <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 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 <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 potvrzuji, že jsem všechny dotazy odpověděl/a úplně a pravdivě a jsem si vědom/a důsledků hrubě zkršených 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.