

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

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.		PSC		Obec			

**Pojištěný**

Příjmení				Jméno			
Titul		Rodné číslo		Telefon (8 - 17 hodin)			
Ulice							
Č.p.		PSC		Obec			

**Všeobecné údaje**

<b>Termín cesty</b>	od	2 0		do	2 0	
<b>Pojistná událost se stala</b>	dne	2 0		hodina		
	město / místo				země	
<b>Uveďte podrobný popis, jak ke škodě došlo, co se stalo</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 50px;"></div>					
<b>Uzavřel jste cestovní pojištění pro tuto cestu u další pojišťovny?</b>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	U které?	

**Pojištění léčebných výloh**

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

<b>Uveďte druh poranění nebo onemocnění:</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>					
<b>Název a adresa zařízení, které poskytlo ošetření:</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>					
<b>Požadují náhradu:</b>	celkových hrazených nákladů ve výši				měna	
<b>Přiložte tyto doklady:</b>	Doklad o pojištění a úhradě pojistného Doklad o délce trvání cesty (kopie letenky, jízdenky, razítka v pasu apod.) Lékařskou zprávu o ošetření      ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> doklad o úhradě      ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Předpis na léky      ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> doklad o úhradě      ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> Doklady musí obsahovat název zdravotního zařízení, jméno a datum narození poškozeného, diagnózu a rozpis poskytnutých služeb.					

**Pojištění zavazadel**

<b>Kolik jste měl zavazadel?</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>					
<b>Kolik zavazadel bylo poškozeno?</b>	<div style="border: 1px solid black; height: 30px;"></div>					
<b>Dali jste poškozené věci do opravy?</b>	ano	<input type="checkbox"/>	ne	<input type="checkbox"/>	Pokud ano, uveďte které:	
<b>Přiložte tyto doklady:</b>	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

<b>Komu byla způsobena škoda (uveďte jméno, adresu a datum narození poškozeného)</b>	
<b>Uveďte podrobnosti ke vzniku a rozsahu škody</b>	
<b>Uhradil/a jste nějakou částku za majetkovou škodu?</b>	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ve výši <input type="text"/> měna <input type="text"/>
<b>Škodu na majetku je třeba doložit:</b>	Protokol 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.
<b>Škodu na zdraví je třeba doložit:</b>	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

<b>Kontaktoval/a jste asistenční službu:</b>	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> pokud ano, uveďte datum <input type="text"/>
<b>Máte platební nebo kreditní kartu?</b>	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> druh / typ karty: <input type="text"/> u které banky: <input type="text"/>
<b>U které zdravotní pojišťovny jste pojištěn?</b>	<input type="text"/>
<b>Pojistné plnění poukažte: na adresu</b>	<input type="text"/>
<b>Nebo na účet</b>	číslo <input type="text"/> kód banky <input type="text"/> spec. symbol <input type="text"/>

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 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.

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

Podpis pojištěného \_\_\_\_\_