

PLATEBNÍ ÚDAJE

Celková částka, kterou jste uhradili v zahraničí: měna

Z toho jste zaplatili za: ošetření léky dopravu

Případně jste měli další výdaje za: v hodnotě

Způsob proplacení škodní události – zaškrtněte prosím dle své volby:

a) bankovním převodem na účet: Číslo účtu / kód banky

b) poštovní poukázkou do vlastních rukou na adresu: Ulice č.p./
Obec (část obce) č.or.
PSČ

Pokyny:

V případě škodní události během vašeho pobytu v zahraničí postupujte dle následujících pokynů:
**Pravidlivě vyplňte a podepište tento formulář, a doklady uvedené v následujících bodech zašlete doporučeně na adresu:
 Europ Assistance s.r.o., Na Pankráci 1658/121, 140 00 Praha 4.**

1. U pojistných událostí, které překročí částku 5 000 Kč, zašlete vždy originály dokladů o zaplacení léků či ošetření, účtů a faktur od lékaře či zdravotnického zařízení a doložte lékařskou zprávu s uvedením diagnózy; náklady, které jste vynaložili z vlastních prostředků v zahraniční měně, vám budou na základě dokladů proplaceny v Kč podle kurzu „valuty střed“, který vydá Česká národní banka ke dni vzniku škodní události.
2. Pokud se jednalo o pojistnou událost v rámci pojištění pobytu v nemocnici, doložte lékařskou zprávu s uvedením diagnózy a dobou hospitalizace.
3. Pokud se jednalo o pojistnou událost v rámci přivolání opatrovníka, zašlete originály dokladů stvrzující vámi vynaložené náklady v této souvislosti (jízdenka, letenka, účet z hotelu za ubytování apod.).
4. Pokud se jedná o pojistnou událost související s nadstandardními asistenčními a právními službami, doložte originály potvrzení o zaplacení poplatků za vyhotovení náhradních dokladů, jízdenky, letenky apod., případně i jiných dokladů podle typu Vaší škodné události.
5. V případě přerušení cesty a přerušení nastoupené cesty doložte doklady prokazující vznik pojistné události (úmrtní list, lékařská zpráva, doklad o nevyčerpaných zaplacených služeb).

PROHLÁŠENÍ POJISTNÍKA / POJIŠTĚNÉHO

Prohlašuji, že jsem byl informován o zpracování osobních údajů potřebných pro šetření škodní události, a to včetně údajů o zdravotním stavu. Beru na vědomí, že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.ceskapojistovna.cz v sekci Osobní údaje a dále v obchodních místech pojistitele. Zavazuji se, že pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů. Prohlašuji, že jsem zmocněn poskytnout osobní údaje za osobu(y) výše uvedenou(é). V případě vzniku škodní události zprošťuji orgány činné v trestním řízení a zdravotnická zařízení povinnosti mlčenlivosti. Současně zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti s touto škodnou událostí mohla nahlížet do soudních, policejních, zdravotnických, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy. Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a úplné a nic nebylo zamlčeno.

PODPISY

V dne

Příjmení, jméno a podpis pojištěného