ČESKÁ POJIŠŤOVNA

Oznámení škodní události z cestovního pojištění – úrazové pojištění

Číslo pojistné smlouvy

Pojistitel: Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, IČO: 45272956, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze spisová značka B 1464 (dále jen „ČP").

POJIŠTĚNÝ

Příjmení

Jméno | Titul

Rodné číslo | Datum narození

Korespondenční adresa:

Ulice | č.p./č.or.

Obec (část obce) | PSČ

Telefon / E-mail

Datum škodní události (úrazu) | Země škodní události

Škodní událost nahlášena telefonicky asistenční centrále Europ Assistance? ☐ ANO ☐ NE

Máte sjednáno ještě jiné úrazové pojištění u České pojišťovny a.s.? ☐ ANO ☐ NE

Pokud ano, uveďte prosím číslo pojistné smlouvy.

DRUH ŠKODNÍ UDÁLOSTI

☐ trvalé následky úrazu*
☐ smrt úrazem
☐ doba nezbytného léčení
☐ pojištění denního odškodného za vyjmenované úrazy

*Trvalé následky úrazu můžete uplatnit ve lhůtě dle pojistných podmínek, dle Vaší pojistné smlouvy. K oznámení slouží samostatný formulář, který naleznete na webu.

POJIŠTĚNÍ K PLATEBNÍ KARTĚ

Přijmení, jméno, titul držitele karty

Datum narození | Rodné číslo

Přijmení, jméno, titul rodinného příslušníka

Datum narození | Vztah k držiteli

POPIS ŠKODNÍ UDÁLOSTI

Popis škodní události (při jaké činnosti k úrazu došlo, jaká část těla byla poraněna, okolnosti úrazu, doba léčení)

TC99228000010

PLATEBNÍ ÚDAJE

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) PSČ

Pokyny:
V případě škodní události během vašeho pobytu v zahraničí postupujte dle následujících pokynů:

Pravdivě vyplňte a podepište tento formulář a spolu s doklady uvedenými v následujících bodech dle typu škodní události zašlete doporučeně na adresu: Česká pojišťovna a.s., P.O. Box 305, 659 05 Brno.

V případě úrazového pojištění doby nezbytného léčení i pojištění denního odškodného za vyjmenované úrazy přiložte kopii lékařské zprávy s uvedenou diagnózou včetně lékařské zprávy z prvního ošetření. Pokud se jedná o smrt úrazem je nutné doložit úmrtní list a potvrzení o příčině smrti od lékaře. Jestliže jste utrpěl(a) úraz, u kterého se předpokládá, že zanechá trvalé následky, zašlete lékařskou zprávu pořízenou z prvního ošetření v zahraničí a následně lékařskou zprávu z průběhu léčení.

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 20

Přijmení, jméno a podpis pojištěného