

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI

Hlásím pojistnou událost z pojištění:

Označte křížkem prosím, z jakého pojištění škodu hlásíte.



Pojištění léčebných výloh a asistenčních služeb



Pojištění odpovědnosti za škodu



Pojištění zavazadel



Úrazové pojištění

Jméno:	Kontaktní adresa:
Příjmení:	
Rodné číslo:	
Datum narození:	
Kontaktní telefon:	
Email:	

Číslo pojištění:	Destinace:
Platnost pojištění: od - do -	Účel cesty:
Pobyt v zahraničí: od - do -	Název cestovní kanceláře:

Datum události:	Byla informována asistenční centrála:
Místo události: (země, město)	Pokud ne, uveďte důvod:
Datum ošetření:	Byla událost šetřena policií:

Zde prosím popište, co nejpřesněji k jaké pojistné události došlo: Jak jste byli ošetřeni? Jaká byla diagnóza? O jaké onemocnění nebo úraz se jednalo? Napište nám přesně jaké nastaly komplikace s Vaším letem a nebo zavazadly? Jaká škoda byla způsobena Vám a nebo co přesně se za škodu přihodilo.

Vyskytlo se u Vás onemocnění, pro které jste byl/a ošetřen/a v zahraničí již dříve?

Jméno, adresa, telefon Vašeho praktického lékaře v ČR. Sdělte nám prosím, kdy jste byl u lékaře naposledy.

Pokud se léčíte u nějakého specialisty (ortoped, internista, stomatolog, gynekolog), tak prosíme o uvedení jména, adresy a telefonu na daného lékaře/ku.

SPECIFIKACE NÁKLADŮ SPOJENÝCH S POJISTNOU UDÁLOSTÍ

Datum	Specifikace nákladů (za co jste náklady vynaložili)	Částka / Měna	Uhrazeno na místě?

Název Vaší zdravotní pojišťovny v ČR?

Máte sjednané ještě jiné pojištění, které pokrývá stejná rizika jako cestovní pojištění TravelCare? Pokud ano, tak nám uveďte název pojišťovny, u které je pojištění sjednané a číslo Vaší pojistné smlouvy.

Bankovní údaje: Níže prosíme o uvedení Vašeho bankovního spojení pro výplatu pojistného plnění.

Název banky:	
Držitel účtu:	
Číslo účtu:	
Kód banky:	

Souhlasím, aby mi veškerá korespondence týkající se této škodné události byla zasílána elektronicky (výzva k doplnění dokumentů a informací, oznámení o ukončení šetření a proplacení pojistného plnění apod.):

ANO: NE:

Na tuto emailovou adresu:

Svým podpisem prohlašuji, že všechny mnou poskytnuté informace jsou úplné, přesné a pravdivé, a že jsem nezamlčel/a žádnou skutečnost, která by měla vliv na šetření pojistné události a stanovení výše pojistného plnění.

Podpisem tohoto Oznámení pojistné události („Oznámení“) uděluji výslovný souhlas EUROP ASSISTANCE S.A. IRISH BRANCH 4–8 Eden Quay, Dublin 1, Irsko (pojistitel) a zástupci společnosti Europ Assistance s.r.o. Na Pankráci 1658/121 140 00 Praha 4, Česká republika. IČ: 25287851 (zástupce pojistitele) v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb o ochraně osobních údajů („zákon o ochraně osobních údajů“), aby moje osobní údaje, včetně údajů citlivých dle § 4 písm. b) zákona o ochraně osobních údajů, byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činností souvisejících s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, jakož i k ochraně práv a oprávněných zájmů pojistitele, a to po dobu nezbytně nutnou k uplatnění a vypořádání nároků z pojištění (resp. likvidace pojistné události). Osobní údaje bude zpracovávat pojistitel anebo pojistitelem, v souladu s ustanovením §6 zákona o ochraně osobních údajů, pověřený zpracovatel. Podpisem tohoto Oznámení uděluji pojistiteli, v souladu s ustanovením § 50, odst. 1 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v návaznosti na ustanovení § 55 odst. 2, písm. d) zákona č.20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, souhlas ke zjišťování a přezkoumávání údajů o mém zdravotním stavu, popř. vyžádání si kompletní zdravotní dokumentace prostřednictvím smluvních lékařů pojistitele (popř. pověřených zdravotnických zařízení).

Opravňuji tímto všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny, aby pojistiteli na jeho žádost poskytli požadované informace; zároveň zbavuji všechny lékaře, kteří se zabývali nebo budou zabývat mým zdravotním stavem, povinnosti mlčenlivosti ve vztahu k pojistiteli pro účely šetření pojistných událostí.

Prohlašuji, že jsem byl/a v souladu s ustanovením § 11 a § 21 zákona o ochraně osobních údajů řádně informován/a o zpracování svých osobních údajů, o svých právech a povinnostech správce a zpracovatelů osobních údajů, včetně práva přístupu k mým údajům a práva na jejich úpravu. Prohlašuji, že jsem byl/a informován o možnosti kdykoliv svůj souhlas se zpracováním osobních údajů a jeho zdravotním stavu odvolat. Zároveň však beru na vědomí, že poskytnutí osobních údajů a údajů o zdravotním stavu jsou nezbytné pro plnění práv a povinností vyplývajících z pojistné smlouvy, jakož i pro plnění povinností a výkon práv z jiných právních předpisů. Odvoláním souhlasu se zpracováním osobních údajů a údajů o zdravotním stavu pojistitel dále neprovádí šetření a likvidaci pojistných událostí a výplatu pojistných plnění.

Datum a místo: Jméno pojištěného.....

Vlastnoruční podpis pojištěného a nebo zákonného zástupce: