

# Oznámení škodné události

VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ

Jméno a příjmení		Rodné číslo		Státní příslušnost		Číslo pojistné smlouvy				
Adresa (ulice, město, PSČ)						Telefon				
Datum odjezdu		Datum návratu		Datum škodné události		Organizátor Vaší cesty (cestovní kancelář, podnik, individuálně)				
Popis vzniku škodné události					Místo vzniku události (stát)					
					Stát a měna, ve které proběhla platba					
Označte úkony vztahující se k Vaší škodné události										
<input type="checkbox"/> ošetření	<input type="checkbox"/> léky	<input type="checkbox"/> hospitalizace	<input type="checkbox"/> repatriace	<input type="checkbox"/> transport	<input type="checkbox"/> úraz	<input type="checkbox"/> přivolání opatrovník	<input type="checkbox"/> zavazadla	<input type="checkbox"/> odpovědnost za škodu	<input type="checkbox"/> jiné	
Ke kontaktu s asistenční službou ČSOB Pojišťovny došlo		<input type="checkbox"/> NE	<input type="checkbox"/> ANO	Dne		Jak došlo k platbě		<input type="checkbox"/> v hotovosti	<input type="checkbox"/> neplaceno	<input type="checkbox"/> neplaceno, přikládám fakturu
Pojistné plnění poukažte na účet			Pojistné plnění poukažte na adresu							
<p>Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledku nepravdivých odpovědí na povinnosti pojistitele plnit. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu, (resp. údaje, včetně údajů o zdravotním stavu týkající se nezletilého, jehož jsem zákonným zástupcem) byly pojistitelem zpracovávány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 363/1999 Sb., o pojišťovnictví a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o pojišťovnictví), ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů (resp. údajů týkajících se nezletilého), o svých právech a o povinnostech zpracovatelů údajů. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Zmocňuji příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu (resp. zdravotním stavu nezletilého) a zavazují se tuto zdravotní dokumentaci v případě potřeby pojistitele zajistit. Zmocňuji lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení k vyhotovení pojistitelem požadovaných lékařských zpráv, výpisů ze zdravotnické dokumentace nebo k jejich zapůjčení. Tímto zároveň lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedené informace požádá, zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost.</p>							Datum			
							Pojistné plnění poukažte na účet		Pojistné plnění poukažte na adresu	

# ATESTATIO MEDICI (Litteris versalibus)

Jméno nemocného / Nomen aegroti

Narozen / Natus

Diagnosa / Diagnosis

Léčba / Therapia

Hospitalizován kde / Hospitalisatio in usque ad diem

Ode dne / a die

Až do / usque ad diem

| | | | 2 | 0 | |

| | | | 2 | 0 | |

Pokračování doma / Aegrotus domo in lectu affixus

Ode dne / a die

Až do / usque ad diem

| | | | 2 | 0 | |

| | | | 2 | 0 | |

Den / Die

Podpis lékaře / Nomen medici

Razítko / Sigillum

| | | | 2 | 0 | |