

Oznámení škodné události

Číslo
škodné
události

Cestovní pojištění a asistenční služby

Storno zájezdu

Doručeno:

Doklady k předložení:

doklad o pojištění, originál dokladu potvrzujícího uhrazení stornopoplatků (faktura CK, účetní doklad o zaplacení zájezdu a o vrácené částce), lékařská zpráva (průkaz PN, doklad o hospitalizaci, kopie úmrtního listu), zpráva policie, povolávací rozkaz.

Příkládám:	<input type="checkbox"/>	faktura CK	<input type="checkbox"/>	doklad o hospitalizaci	<input type="checkbox"/>	zpráva policie
	<input type="checkbox"/>	jiný účetní doklad CK	<input type="checkbox"/>	lékařská zpráva	<input type="checkbox"/>	povolávací rozkaz
	<input type="checkbox"/>	průkaz pracovní neschopnosti	<input type="checkbox"/>	kopie úmrtního listu	<input type="checkbox"/>	jiné doklady potřebné k řešení PU

Číslo pojistné smlouvy:	<input type="text"/>		
Příjmení a jméno pojištěného:	<input type="text"/>		
Adresa:	<input type="text"/>		
Datum narození:	<input type="text"/>	Rodné číslo:	<input type="text"/>
Povolání:	Tel. domů:	do zaměstnání:	<input type="text"/>
Jméno a datum narození osoby, kvůli níž se ruší cesta:			

1. Jména osob rušících cestu (uveďte vztah k osobě uplatňující nárok na pojistné plnění)	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Výše stornopoplatků	<input type="text"/>
------------------------	----------------------

3. Počátek cesty	4. Konec cesty
5. Datum zaplacení cesty	6. Datum zrušení

7. CK, která požaduje stornopoplatky	<input type="text"/>
Adresa:	Tel.:

8. Máte sjednáno jiné pojištění poskytující pojistnou ochranu proti Vámí uvedené škodě?	ANO	NE
Uplatňujete u tohoto pojistitele náhradu škody	ANO	NE
Název a adresa pojišťovny	<input type="text"/>	
Typ a číslo pojistné smlouvy	<input type="text"/>	

9. Plnění poukážte na adresu:	<input type="text"/>
nebo na účet:	<input type="text"/>

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení nebo v informaci lékařům o mém úrazu či onemocnění jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování škodných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnost mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení.

Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal kopii dokladu o pracovní neschopnosti a jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, Policie ČR, obecní policie, soudu, obecního a městského úřadu apod.). Beru na vědomí, že pojistitel je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

V _____ dne _____

podpis pojištěného (jeho zákonného zástupce, případně pojistníka)

Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře a doklad o pracovní neschopnosti

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval úraz či onemocnění postiženého a zjistil tělesná poškození a zdravotní újmy tohoto druhu a rozsahu:

1. Jméno pacienta a datum narození

2. Jméno a adresa lékaře

3. Jste stálým lékařem pojištěného?

ANO

NE

od kdy

Den, kdy jste doporučil zrušit cestu

4. Měl pacient již dříve potíže, které jsou nyní důvodem ke zrušení cesty

ANO

NE

5. Pokud ano, kdy a jakého rázu

6. Počátek onemocnění či úrazu

7. Důvod zrušení cesty

8. Diagnóza, popis onemocnění či úrazu

9. Způsob léčby

10. Předpokládaná doba léčení

11. Hospitalizace

ANO

NE

od

do

12. Plánovaný výkon

ANO

NE

Popis:

13. Těhotenství

ANO

NE

Předpokládaný termín porodu:

14. Jiná onemocnění včetně data diagnostikování:

15. Změna pracovní schopnosti včetně data změny:

Datum _____ Podpis lékaře _____ Razítko _____

Souhlasím, aby lékař odpověděl na dotazy pojišťovny o zdravotních potížích, které jsou důvodem pro zrušení cesty.

V _____ dne _____

podpis pojištěného
(příp. zákonného zástupce)