

Hlášení škody – Cestovní pojištění

Pro urychlení likvidace škody odpovídejte na všechny otázky co nejpřesněji a nejvýstižněji. Správné odpovědi vyznačte křížkem v příslušném čtverečku. Přiložte všechny dále uváděné přílohy. (Obrat'te list na druhou stranu.)

Číslo poj. smlouvy:	Platnost pojištění: Od: Do:
Pojistník:	

Jméno pojištěného	Tel. číslo
Ulice a číslo domu (Sídlo)	E-mail
PSČ / Město (Obec)	Číslo účtu pro pojistné plnění

Země pobytu:	Účel cesty:
Způsob přepravy:	Datum vycestování: Datum návratu:
Máte souběžně uzavřené i jiné pojištění na toto riziko?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - uveďte název a sídlo pojišťovny: č. PS:
Máte souběžně uzavřené i komerční úrazové nebo zdravotní pojištění?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - uveďte název a sídlo pojišťovny: č. PS:

Místo vzniku škody: (adresa a stát)	Datum a čas vzniku škody:
Podrobný popis vzniku a průběhu škody	
Jména a adresy svědků vzniku škody	1. 2.
Vyšetřovala vznik škody policie?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - uveďte přesný název policejní složky a adresu: číslo vyšetřovacího spisu: (Potvrzení policie o hlášení vzniku škody doložit v příloze)
Byla kontaktována asistenční společnost?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano - uveďte datum a čas kontaktování: v:

Pojištění léčebných nákladů:

Pokud příčinou PU bylo onemocnění, trpěl pojištěný již před začátkem pojištění nemocí, pro kterou v zahraničí vyhledal lékařskou pomoc?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	- uveďte od kdy a jakým:	Jedná se o chronické onemocnění?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano
Pokud příčinou PU byl úraz, zavinila PU jiná osoba?	<input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/> ano	- uveďte její jméno a adresu:		
Ve kterém zdravotnickém zařízení bylo poskytnuto první ošetření?			
Jaká lékařská péče nebo služba byla pojištěnému poskytnuta?	<input type="checkbox"/> vyšetření pro určení léčby <input type="checkbox"/> nezbytné ošetření <input type="checkbox"/> převoz do ČR nebo země trvalého pobytu <input type="checkbox"/> hospitalizace <input type="checkbox"/> převoz tělesných ostatků <input type="checkbox"/> převoz do nemocnice v zahraničí <input type="checkbox"/> léky, zdravotnické pomůcky <input type="checkbox"/> doprovod pacienta <input type="checkbox"/> jiné:			

Úrazové pojištění:

Zanechá úraz trvalé následky?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - uveďte jaké:
	ne	ano
Byla zraněná část těla funkčně poškozena již před úrazem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - uveďte jak:
	ne	ano

Pojištění zavazadel:

Byly věci před vznikem škodné události poškozené?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - uveďte jak:
	ne	ano
Byla škoda hlášena přepravci?	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano (přiložte protokol o poškození nebo odcizení zavazadla)
Popis poškozené, ztracené, odcizené věci (v případě větší škody přiložte samostatný seznam)		Pořizovací cena [Kč]
		Datum pořízení
1		
2		
3		
4		

Pojištění odpovědnosti za škodu:

Byl vůči Vám vznesený nárok na náhradu škody?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> - uveďte jméno, adresu, tel. a e-mail:
	ne	ano
Uhradili jste poškozenému vznesený nárok?	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> ano – v jaké výši: Kč (přiložte doklad o úhradě, vypořádání)

Pojištění zrušení, zkrácení a zpoždění služni cesty (zavazadla):

Důvod zrušení, zkrácení nebo zpoždění cesty (zavazadla)	
Čas zrušení, zkrácení nebo zpoždění cesty (zavazadla)	Od: Do:
Předem uhrazené náklady: (za co a v jaké výši) Kč
 Kč
 Kč

Seznam dokladů a příloh předložených ke škodné události (originály)

1	
2	
3	

4	
5	
6	

Doklady předložil:

Jméno a příjmení:

V: dne:

Podpis:

Doklady převzal:

Jméno a příjmení:

Jiné záznamy:

.....

.....

Prohlašuji, že na všechny otázky jsem odpověděl(a) úplně a pravdivě.**V případě škody z pojištění odpovědnosti, pojištěný současně zplnomocňuje pojišťovnu, aby za něho tuto škodu s poškozeným projednala, a pokud to bude v souladu s právními předpisy, škodu poškozenému nahradila.**

Souhlasím, aby pojišťovně byla poskytnuta veškerá potřebná zdravotnická dokumentace, kterou si vyžádá.

V: dne:
 Jméno, podpis **pojištěného**