

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI Z POJIŠTĚNÍ Cestovních nákladů v případě nepojízdného vozidla

Jméno a příjmení pojištěného:		
Adresa trvalého bydliště pojištěného:		Číslo pojistné smlouvy:
Rodné číslo pojištěného:	Telefon* :	E-mail :
Název organizace, kde byla uzavřena pojistná smlouva:		
Datum a čas vzniku škody	den, měsíc, rok:	hodina:
Místo vzniku škody – stát, město:		

**na uvedené číslo Vám bude zároveň zaslána sms notifikace o uzavření škodní události*

<p>Popište podrobně okolnosti, kvůli kterým jste museli vyhledat lékařské ošetření (uvedte, o jaké onemocnění, resp. úraz se jedná a jak vznikl):</p>
<p>Zapříčinila škodní událost jiná osoba? Jestliže ano – uveďte její jméno, adresu svědků a jak byla uvedená událost hlášena na policii, uvést její přesnou adresu:</p>
<p>Trpěli jste už před začátkem pojištění onemocněním, kvůli kterému jste museli vyhledat v zahraničí lékařské ošetření?</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne</p>
<p>Hlásili jste škodní událost asistenční službě EuroCross Assistance Czech Republic? Jestliže ne, uveďte důvod:</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne důvod:</p>
<p>Tento druh pojištění mám sjednaný a uplatnil jsem nárok na náhradu škody také u jiné pojišťovny? Jestli ano, uveďte přesný název a adresu:</p> <p><input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne přesný název a adresa:</p>

Jaká lékařská péče Vám byla poskytnutá?	
Ambulantní ošetření (den, měsíc, rok)	převoz do nemocnice (den, měsíc, rok)
léky (název léku/léčiv)	převoz pacienta do vlasti (den, měsíc, rok)
hospitalizace (od – do)	převoz tělesných pozůstatků (den, měsíc, rok)

V případě, že jste už uhradili léčebné výlohy, uveďte přesnou sumu:

Plnění žádám poukázat

na účet č.: vedený v CZK v bance:

Jméno majitele účtu:

anebo na adresu:

Přiložené doklady označte křížkem:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> kopie pojistné smlouvy | <input type="checkbox"/> originál zprávy ošetřujícího lékaře včetně diagnózy |
| <input type="checkbox"/> originál účtů za ošetření a léky | <input type="checkbox"/> lékařsky předpis léčiv |
| <input type="checkbox"/> kopie policejní zprávy | |

Pojištěný si je vědomi, že pojišťovna je oprávněná dle platných právních předpisů o ochraně osobních údajů zpracovat mé osobní údaje uvedené v tomto oznámení za účelem likvidace škodní události.

Prohlašuji, že sem se obeznámil/a se základními informacemi o ochraně osobních údajů pro dotknutou osobu umístěnými na www.unionpojistovna.cz

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a nic nebylo zamlčeno. Jsem si vědom, že nepravdivost odpovědí může zbavit pojišťovnu povinnosti plnění. Zmocňuji Union poist'ovňu, a.s. k výkonu administrativních a právních úkonů potřebných k šetření a k likvidaci události.

V dne
.....
podpis pojištěného