

Oznámení škodní události z cestovního pojištění

v případě léčebných výloh, právní ochrany, nadstandardní asistenční a právní služby,
přerušení cesty pojištění pobytu v nemocnici a přerušení nastoupené cesty.



Číslo pojistné smlouvy

Pojistitel: Generali Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, IČO: 452 72 956, DIČ: CZ699001273, je zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, spisová značka B 1464, a je členem Skupiny Generali, zapsané v italském registru pojišťovacích skupin, vedeném IVASS.

Příjmení			
Jméno			Titul
Rodné číslo			Datum narození

Korespondenční adresa:

Ulice			č.p./ č.or.
Obec (část obce)			PSČ
Telefon / E-mail			

Datum škodní události	. . 2 0	Země škodní události	
-----------------------	---------	----------------------	--

Škodní událost nahlášena telefonicky asistenční centrále Europ Assistance?

ANO NE

Bylo pro stejné riziko na stejné období sjednáno pojištění ještě u jiné pojišťovny? (např. k platební kartě)

ANO NE

Pokud ano, uveďte prosím název společnosti a číslo pojistné smlouvy:

POJIŠTĚNÝ

DRUH ŠKODNÍ UDÁLOSTI

☐ léčebné výlohy	☐ přivolání opatrovníka
☐ ambulantní ošetření	☐ riziko asistenční služby
☐ hospitalizace (více než 24 hodin)	☐ právní ochrana
☐ převoz do nemocnice	☐ nadstandardní asistenční a právní služby
☐ léky	☐ přerušení cesty
☐ ošetření nebylo hrazeno v hotovosti, lékař požaduje úhradu na základě přiložené faktury	☐ pojištění pobytu v nemocnici (hospitalizace delší než 48 hodin)
☐ zásah horské služby	☐ přerušení nastoupené cesty

POJIŠTĚNÍ
K PLATEBNÍ KARTĚ

Příjmení, jméno, titul držitele karty		
Datum narození	Rodné číslo	
Příjmení, jméno, titul rodinného příslušníka		
Datum narození	Vztah k držiteli	

Popis škodní události (při jaké činnosti ke škodní události došlo)

POPIS ŠKODNÍ UDÁLOSTI



Celková částka, kterou jste uhradili v zahraničí:

měna

Z toho jste zaplatili za:

ošetření

léky

dopravu

Případně jste měli další výdaje za:

v hodnotě

Způsob proplacení škodní události – zaškrtněte prosím dle své volby:

☐ a) bankovním převodem na účet: Číslo účtu / kód banky☐ b) poštovní poukázkou do vlastních rukou na adresu:

Ulice

Obec

(část obce)

č.p./
č.or.

PSČ

Pokyny:

V případě škodní události během vašeho pobytu v zahraničí postupujte dle následujících pokynů:

Pravdivě vyplňte a podepište tento formulář, a doklady uvedené v následujících bodech zašlete doporučeně na adresu:**Europ Assistance s.r.o., Na Pankráci 1658/121, 140 00 Praha 4.**

1. U pojistných událostí zašlete vždy doklady o zaplacení léků či ošetření, účtů a faktur od lékaře či zdravotnického zařízení a doložte lékařskou zprávu s uvedením diagnózy; náklady, které jste vynaložili z vlastních prostředků v zahraniční měně, vám budou na základě dokladů proplaceny v Kč podle kurzu „valuty střed“, který vydá Česká národní banka ke dni vzniku škodní události.
2. Pokud se jednalo o pojistnou událost v rámci pojištění pobytu v nemocnici, doložte lékařskou zprávu s uvedením diagnózy a dobou hospitalizace.
3. Pokud se jednalo o pojistnou událost v rámci přivolání opatrovníka, zašlete originály dokladů stvrzující vámi vynaložené náklady v této souvislosti (jízdenka, letenka, účet z hotelu za ubytování apod.).
4. Pokud se jedná o pojistnou událost související s nadstandardními asistenčními a právními službami, doložte originály potvrzení o zaplacení poplatků za vyhotovení náhradních dokladů, jízdenky, letenky apod., případně i jiných dokladů podle typu Vaší škodné události.
5. V případě přerušení cesty a přerušení nastoupené cesty doložte doklady prokazující vznik pojistné události (úmrtní list, lékařská zpráva, doklad o nevyčerpaných zaplacených službách).

Prohlašuji, že jsem byl informován o zpracování osobních údajů potřebných pro šetření škodní události, a to včetně údajů o zdravotním stavu. Beru na vědomí, že podrobnosti týkající se osobních údajů jsou dostupné na www.generaliceska.cz v sekci Osobní údaje a dále v obchodních místech pojistitele. Zavazuji se, že pojistiteli bezodkladně oznámím případné změny osobních údajů. Prohlašuji, že jsem zmocněn poskytnout osobní údaje za osobu(y) výše uvedenou(é). V případě vzniku škodní události zprošťuji orgány činné v trestním řízení a zdravotnická zařízení povinnosti mlčenlivosti. Současně zmocňuji pojistitele, resp. jím pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti s touto škodnou událostí mohla nahlížet do soudních, policejních, zdravotnických, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich kopie či výpisy. Prohlašuji, že uvedené údaje jsou pravdivé a úplné a nic nebylo zamlčeno.

V

Datum

. 2 0

Příjmení, jméno a podpis pojištěného