

**OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI Z CESTOVNÍHO POJIŠTĚNÍ  
Z POJIŠTĚNÍ LÉČEBNÝCH VÝLOH V ZAHRANIČÍ**

|  |                  |                         |
|--|------------------|-------------------------|
| Jméno a příjmení pojištěného:                                    |                  |                         |
| Adresa trvalého bydliště pojištěného:                            |                  | Číslo pojistné smlouvy: |
| Rodné číslo pojištěného:   | Telefon/ Mobil*: | E-mail:                 |
| Název organizace, kde byla uzavřena pojistná smlouva:            |                  |                         |
| Datum a čas vzniku škody<br>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 hlášená 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<br>(den, měsíc, rok) | převoz do nemocnice<br>(den, měsíc, rok)         |
| léky<br>(název léku/léčiv)               | převoz pacienta do vlasti<br>(den, měsíc, rok)   |
| hospitalizace<br>(od – do)               | převoz tělesných pozůstatků<br>(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](http://www.unionpojistovna.cz)

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a nic nebylo zamlčeno. Jsem si vědom, že nepravdivost odpovědi může zbavit pojišťovnu povinnosti plnění. Zplnomocňuji Union poist'ovnu, a.s. na vyžádání veškeré potřebné dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu.

V ..... dne .....

.....  
podpis pojištěného