

Oznámenie poistnej udalosti

Meno a priezvisko		Číslo poistnej zmluvy		
Adresa (ulica, mesto, PSČ)				
Rodné číslo	Štátna príslušnosť	E-mail	Telefón	
Dátum odchodu	Dátum príchodu	Dátum poistnej udalosti	Hodina poistnej udalosti	
2 0	2 0	2 0		
Organizátor vašej cesty (cestovná kancelária, podnik, individuálne)				
Popis vzniku poistnej udalosti				
Miesto vzniku poistnej udalosti		Štát a jeho mena		
Máte uzatvorené podobné poistenie aj v inej poisťovni? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno		V ktorej:		
Označte úkony vzťahujúce sa k vašej poistnej udalosti				
<input type="checkbox"/> ošetrovanie	<input type="checkbox"/> lieky	<input type="checkbox"/> hospitalizácia	<input type="checkbox"/> nepojazdné vozidlo	<input type="checkbox"/> transport
<input type="checkbox"/> úraz	<input type="checkbox"/> zásah Horskej záchranej služby	<input type="checkbox"/> batožina	<input type="checkbox"/> zodpovednosť za škodu	<input type="checkbox"/> repatriácia
<input type="checkbox"/> prívolanie sprevádzajúcej osoby	<input type="checkbox"/> meškanie batožiny	<input type="checkbox"/> meškanie odletu	<input type="checkbox"/> iné	
Ku kontaktu s asistenčnou službou ČSOB Poisťovne, a.s. došlo			Dňa	
<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	2 0		
Ako došlo k platbe				
<input type="checkbox"/> v hotovosti	<input type="checkbox"/> neplatené	<input type="checkbox"/> neplatené, prikladám faktúru		
Poistné plnenie žiadam na účet		Poistné plnenie poukážte na adresu		
<p>Prehlasujem, že všetky údaje v tomto poistení sú pravdivé a úplné. Týmto súčasne udeľujem ČSOB Poisťovni, a.s., ako aj jej zmluvnej asistenčnej službe súhlas na spracúvanie údajov týkajúcich sa môjho zdravia, resp. údajov týkajúcich sa zdravia osoby, ktorej som zákonným zástupcom, získaných v súvislosti s dojednaným poistením, pre účel tohto poistenia a v rozsahu a na dobu nevyhnutnú k zabezpečeniu všetkých práv a povinností vyplývajúcich z vyššie uvedenej poistnej zmluvy uzavretej s ČSOB Poisťovňou; súhlas so spracúvaním údajov týkajúcich sa zdravia zahŕňa aj získavanie týchto údajov od lekárov, ústavov, zdravotníckych zariadení, zdravotných poisťovní vykonávajúcich verejnú zdravotnú poisťovňu, Sociálnej poisťovne a ďalších subjektov, ktoré spracúvajú údaje o zdravotnom stave fyzických osôb v súlade s osobitnými predpismi, vrátane nazerania do spisov o tomto zdravotnom stave, vyhotovovanie si ich výpisov, odpisov, fotokópií, pričom uvedené subjekty týmto súčasne oprávňujem/splnomocňujem, aby ČSOB Poisťovni a zmluvnej asistenčnej službe tieto údaje, informácie a dokumenty poskytli.</p>				
Dňa			
2 0		podpis poisteného (zákonného zástupcu alebo oprávnenej osoby)		