



## Nárokované předměty

Poř. čís.	ks	Popis nárokované věci	Z P O*)	Vlastník	Datum pořízení měsíc / rok	Pořizovací cena	Výše škody	
Při nedostatku místa uveďte ve zvláštní příloze							*) Z – zničena P – poškozena O – odcizena	
							Požadovaná částka v Kč celkem	

Příkládám	Policejní protokol	Originál letenky / jízdenky	Originál dokladu o zakoupení
	Doklad od dopravce	Fotodokumentaci	Lékařskou zprávu Jiné doklady
Dle Všeobecných pojistných podmínek pro cestovní pojištění je pojištěný povinen na žádost pojistitele zajistit na vlastní náklady úřední překlad dokladů nezbytných k šetření pojistné události.			

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování škodných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal i jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od policie, soudu apod.).

Beru na vědomí, že pojistitel je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

Pojistné plnění poukažte na											
Příjmení a jméno						Rodné číslo			/		
Adresu						PSČ					
Korunový účet				Kód banky				Specifický symbol			
V				dne				Podpis pojištěného			
Jméno a podpis zákonného zástupce u dětí / pojistníka											