

## OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI - LÉČEBNÉ VÝLOHY

Číslo pojistné události:

vyplní Europ Assistance s.r.o.

Jméno:	Kontaktní adresa:
Příjmení:	
Rodné číslo:	
Datum narození:	
Kontaktní telefon:	
E-mail:	

Číslo platební karty, ke které bylo sjednáno pojištění:	Destinace:
Banka, která kartu vydala:	Cestovní kancelář:
Platnost od:	Pobyt od - do:
Platnost do:	Účel cesty:
Datum sjednání:	

Datum události:	Byla informována asistenční centrála? ANO: <input type="checkbox"/> NE: <input type="checkbox"/>
Místo události: (stát, země)	Pokud ne, uveďte důvod:
Datum ošetření:	Šetřila škodnou událost policie? ANO: <input type="checkbox"/> NE: <input type="checkbox"/>

Popište podrobně okolnosti, pro které jste byl/a nucen/a vyhledat lékařské ošetření, uveďte o jaké onemocnění/úraz se jednalo a jaká byla stanovena diagnóza:

Vyskytlo se u Vás onemocnění, pro které jste byl/a ošetřen/a v zahraničí již dříve?

ANO:  NE: 

Jméno, adresa, telefon Vašeho praktického lékaře v ČR:

Jméno, adresa, telefon Vašeho lékaře-specialisty v ČR (chirurg, internista, gynekolog, stomatolog apod.):

## SPECIFIKACE NÁKLADŮ SPOJENÝCH S POJISTNOU UDÁLOSTÍ

Datum	Specifikace nákladů	Částka a měna	Uhrazeno na místě?

Očekáváte nějaké další faktury: ANO:  NE:

Za jaké služby:

Název a kód Vaší zdravotní pojišťovny v ČR:

Máte sjednáno nějaké další pojištění, které kryje vzniklou událost?

ANO:  NE:

## POKUD ANO, PROSÍME, VYPLŇTE NÁSLEDUJÍCÍ ÚDAJE:

Název pojišťovny:	Číslo pojistky:
Adresa pojišťovny:	

## JSTE-LI DRŽITELEM BANKOVNÍ KARTY, PROSÍME, UVEĎTE:

Typ bankovní karty (např. VISA, MasterCard aj.):	
Číslo bankovní karty:	Vydané bankou:

## BANKOVNÍ ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ ČÁSTKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Název banky:	
Číslo účtu:	Kód banky:

Tento vyplněný formulář, prosím, zašlete na adresu **Europ Assistance s. r. o., Na Pankráci 127, 140 00 Praha 4**, spolu s následujícími dokumenty:

- originály uhrazených účtů za léky a ošetření, lékařských zpráv
- originál cestovní smlouvy
- originál policejního protokolu
- příp. další doklady prokazující vzniklou událost (pozn.: pojistitel si může v rámci šetření vyžádat další doklady)

Souhlasím, aby mi veškerá korespondence týkající se této škodné události byla zaslána elektronicky (výzva k doplnění dokumentů a informací, oznámení o ukončení šetření a proplacení pojistného plnění apod.):

ANO:  NE:

na tuto e-mailovou adresu:

Svým podpisem prohlašuji, že všechny mnou poskytnuté informace jsou úplné, přesné a pravdivé, a že jsem nezamítel/a žádnou skutečnost, která by měla vliv na šetření pojistné události a stanovení výše pojistného plnění.

Podpisem tohoto Oznámení pojistné události („Oznámení“) uděluji výslovný souhlas BNP Paribas Cardif Pojišťovně, a. s., IČ: 250 80 954 („pojistitel“) v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů („zákon o ochraně osobních údajů“), aby moje osobní údaje, včetně údajů citlivých dle § 4 písm. b) zákona o ochraně osobních údajů, byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činnosti souvisejících s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, jakož i k ochraně práv a oprávněných zájmů pojistitele, a to po dobu nezbytně nutnou k uplatnění a vypořádání nároků z pojištění (resp. likvidace pojistné události). Osobní údaje bude zpracovávat pojistitel anebo pojistitelem, v souladu s ustanovením § 6 zákona o ochraně osobních údajů, pověřený zpracovatel.

Podpisem tohoto Oznámení uděluji pojistiteli, v souladu s ustanovením § 50, odst. 1 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v návaznosti na ustanovení § 55 odst. 2, písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, souhlas ke zjišťování a přezkoumávání údajů o mém zdravotním stavu, popř. vyžádání si kompletní zdravotní dokumentace prostřednictvím smluvních lékařů pojistitele (popř. pověřených zdravotnických zařízení).

Opravňuji tímto všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny, aby pojistiteli na jeho žádost poskytli požadované informace; zároveň zbavuji všechny lékaře, kteří se zabývali nebo budou zabývat mým zdravotním stavem, povinnosti mlčenlivosti ve vztahu k pojistiteli pro účely šetření pojistných událostí.

Prohlašuji, že jsem byl/a v souladu s ustanovením § 11 a § 21 zákona o ochraně osobních údajů řádně informován/a o zpracování svých osobních údajů, o svých právech a povinnostech správce a zpracovatelů osobních údajů, včetně práva přístupu k mým údajům a práva na jejich úpravu. Prohlašuji, že jsem byl/a informován o možnosti kdykoliv svůj souhlas se zpracováním osobních údajů a jeho zdravotním stavu odvolat. Zároveň však beru na vědomí, že poskytnutí osobních údajů a údajů o zdravotním stavu jsou nezbytné pro plnění práv a povinností vyplývajících z pojistné smlouvy, jakož i pro plnění povinností a výkon práv z jiných právních předpisů. Odvoláním souhlasu se zpracováním osobních údajů a údajů o zdravotním stavu pojistitel dále neprovádí šetření a likvidaci pojistných událostí a výplatu pojistných plnění.

Datum a místo

Jméno pojištěného (vyplňte tiskacím písmem)

Vlastnoruční podpis