HLÁŠENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI

NOTIFICATION OF CLAIM

z pojištění pro cesty a pobyt v zahraničí

K pojistné smlouvě číslo: ..... Číslo pojistné události: .....

Identifikační číslo zájezdu:……Označení zájezdu:……..Variabilní symbol:……..

POJIŠTĚNÝ

Příjmení, jméno, titul:	Rodné číslo: .....
Ulice, čp.:	Telefon byt:.....
PSČ: ..... Obec :	Telefon zaměstnání:……..
Místo pobytu:……	Pobyt od……..do……
Účel pobytu:……..	Bankovní spojení ……..

POJISTNÁ UDÁLOST

Datum vzniku pojistné události
Date of claim occurence: ..... / ..... 200 ....

Hodina vzniku
Hour: .....

Místo vzniku pojistné události
Location of claim occurence:…… .....

Přesná příčina vzniku poj. události
Exact cause of claim occurence ……..

Co bylo poraněno (poškozeno, odcizeno)
Injured part of body (damaged, stolen)……
……

Jak k úrazu (poškození, odcizení) došlo – přesný popis vzniku
Way of accident (damage, theft) – exact description ……..
……
……
……

Název, adresa, tel. orgánu, který pojistnou událost vyšetřoval / Authority, Address, Tel. No. Investigating claim
……..

Vyjádření tohoto orgánu / Statement of this agency
……..
……..
……..
……..

razítko a podpis / (stamp) sign

Název, adresa, tel. organiz. cesty (cestovní kanceláře) / Name, Address, Tel. No. of Trip organizer (Travel Agency)
……..

Vyjádření tohoto orgánu / Statement of this Agency……..
……
……

V případě neúčasti pojištěného obdrží tento zpět
Client will be paid back in case of cancellation……..Kč……

Razítko a podpis/ (stamp) sign

T.Č.: NP/51/2005

Pojištění úrazu / Accident insurance

Podrobný popis ošetření / Detailed description of medical treatment ……

……

……

……

……

……

Datum ošetření ……

Date of treatment: …….. Razítko a podpis/ (stamp) sign

Pojištění zavazadel / Luggage insurance

Doplňující údaje k pojistné události / Additional information of claim

……

……

……

Pojištění odpovědnosti/ Liability insurance

Poškozený / Harmed Participant:

Příjmení, jméno, titul Datum narození

Surname, first name, title :.....Date of birth:……..

.....……..

Ulice, čp. Telefon

Street No.:.....Telephone (private):.....

PSČ Obec Bankovní spojení

Zipcode: .....…… Town: .....……..Bank connection ……..

Pojištění poplatků souvisejících se zrušením cesty / Insurance of charge concerning trip cancellation

Důvod, proč se pojištěný nezúčastnil pobytu / Client's reason of missing on the trip

……

……

……

Přesná prokazatelně již zaplacená částka organizátorovi cesty

Exact amount evidently paid to trip organizer…….. Kč

Přílohy / Supplement ……

Prohlašuji, že jsem všechny písemné dotazy pojišťovny odpověděl(a) pravdivě a úplně a že jsem si vědom(a) důsledků nepravdivých, nebo neúplných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. V souladu s pojistnou smlouvou a pojistnými podmínkami prohlašuji, že souhlasím, aby Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s. zpracovávala údaje vypovídající o mém zdravotním stavu ve smyslu § 9 zákona č. 101/2000 Sb. pro účely likvidace pojistné události, po dobu trvání práv nebo povinností vyplývajících z pojistné smlouvy. Svým podpisem zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytujících zdravotní péči a zmocňuji je k poskytování informací, o které je Hasičská vzájemná pojišťovna, a.s. požádá .

Pojistné plnění poukažte na adresu (jen liší-li se od adresy poškozeného):

.....……

nebo na účet: .....…..... variabilní nebo specifický symbol: .....

V ..... dne ...../..... 200 .... Podpis poškozeného, nebo oprávněné osoby: .....……..