

ČSOB Pojišťovna, a. s., člen holdingu ČSOB
Pardubice, Zelené předměstí, Masarykovo náměstí čp. 1458
PSČ 532 18, Česká republika
IČ: 45534306, DIČ: CZ699000761
Zápis v OR: KS v Hradci Králové, oddíl B, vložka 567
(dále jen „pojistitel“)
tel.: 800 100 777, fax: 467 007 444, www.csobpoj.cz

Potvrzení o cestovním pojištění

Číslo pojistné smlouvy:

Razítko a podpis za pojistitele:

Pojištěná osoba

Příjmení / Surname	Jméno / Given name	Rodné číslo / Personal No.
--------------------	--------------------	----------------------------

Platnost pojištění

Datum uzavření pojistné smlouvy	Počátek pojištění / Beginning of insurance	Konec pojištění / End of insurance
2 0	2 0	2 0

Děkujeme Vám, že jste si zvolili cestovní pojištění ČSOB Pojišťovny, a. s., člena holdingu ČSOB. Ujistujeme Vás, že učiníme vše pro Vaši spokojenost jak před cestou, během ní, tak i po návratu domů.

Pokyny pro klienta

- Nezapomeňte si vzít na cestu do zahraničí brožuru s pojistnými podmínkami a pojistnou smlouvu. Kartičku na přebalu odtrhněte, vyplňte a uložte odděleně, nejlépe do peněženky.

Jak postupovat v případě škodné události v zahraničí

- V případě vzniku škodné události v zahraničí se telefonicky obraťte na asistenční službu, která Vám poskytne potřebné informace a v případě úrazu nebo onemocnění Vám může doporučit zdravotnické zařízení v místě pobytu. Odkudkoli ze světa je Vám asistenční služba k dispozici 24 hodin denně, 365 dní v roce s česky mluvícím operátorem. Pokud se dovoláte pouze na záznamník asistenční služby, nadiktujte své iniciály a telefonní číslo, kam Vám může asistenční služba volat zpět.

Kontakt na asistenční službu:

ČSOB Pojišťovna asistence

tel.: 420 222 803 442

e-mail: asistence@csobpoj.cz

• Při onemocnění nebo úrazu

- Požádejte lékaře v zahraničí o kompletní vyplnění formuláře **ATESTATIO MEDICI** (viz Formulář 1).
- Uschovejte si lékařskou zprávu a všechny účty, aby Vám mohly být po návratu do České republiky proplaceny.

• Při odpovědnosti za škodu

- Pokud se jedná o malou škodu, můžete ji uhradit na místě. Doklad o zaplacení a fotodokumentaci je nutné po návratu do České republiky předložit pojistiteli.
- V případě větší škody neprodleně kontaktujte asistenční službu, svou odpovědnost bez souhlasu pojišťovny neuznávejte, vzniklou škodu neuhradíte, ani částečně, nepodepisujte žádný dokument, jehož obsahu nebudete rozumět.
- Poškozeného informujte o tom, že máte uzavřené pojištění odpovědnosti za škodu, případně mu můžete předat kontakt na pojistitele.
- Snažte se zajistit písemná prohlášení poškozeného a případných svědků.

- Zdokumentujte okolnosti škody (fotodokumentace).

• Při škodě na zavazadlech

- Krádež zavazadel neprodleně ohlaste na policii v místě pojistné události v zahraničí a vyžádejte si policejní protokol.
- Zdokumentujte okolnosti škody.

Jak postupovat při oznámení škodné události pojistiteli

- Po návratu do České republiky nahlášte neprodleně škodnou událost pojistiteli buď telefonicky na tel.: **+420 800 100 777** nebo písemně na adresu: **ČSOB Pojišťovna, a. s., Masarykovo náměstí 1458, 532 18 PARDUBICE.**
- Jak v případě telefonického, tak písemného nahlášení škodné události zašlete pojistiteli důkladně vyplněný formulář **OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI** (viz Formulář 2), originály dokladů o zaplacení, v případě ošetření u lékaře nebo pobytu v nemocnici lékařem vyplněný formulář **ATESTATIO MEDICI** (viz Formulář 1) a kopie dalších dokladů potřebných k vyřízení škodné události.

Formulář 1:

ATESTATIO MEDICI (Litteris versalibus)

VYPLNÍ LÉKAŘ! / AUSGEFÜLLT VOM ARZT! / PHYSICIAN SHOULD FILL IN! / REMPLIRE PAR MEDICIN!

Jméno nemocného / Nomen aegroti	Narozen / Natus	
Diagnosa / Diagnosis		
Léčba / Therapia		
Hospitalizován kde / Hospitalisatio in usque ad diem	Ode dne / a die	Až do / usque ad diem
	2 0	2 0
Pokračování doma / Aegrotus domo in lectu affixus	Ode dne / a die	Až do / usque ad diem
	2 0	2 0
Den / Die	Podpis lékaře, razítko / Nomen medici, sigillum	
2 0		

Formulář 2:

Oznámení škodné události

VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ

Jméno a příjmení		Rodné číslo	Státní příslušnost	Číslo pojistné smlouvy
Adresa (ulice, město, PSČ)				Telefon
Datum odjezdu	Datum návratu	Datum škodné události	Organizátor Vaší cesty (cestovní kancelář, podnik, individuálně)	
Popis vzniku škodné události			Místo vzniku události (stát)	
			Stát a měna, ve které proběhla platba	
Označte úkony vztahující se k Vaší škodné události				
☐ ošetření ☐ léky ☐ hospitalizace ☐ repatriace ☐ transport ☐ přivolání opatrovníka ☐ úraz ☐ zavazadla ☐ odpovědnost za škodu ☐ jiné				
Ke kontaktu s asistenční službou ČSOB Pojišťovny došlo		☐ NE ☐ ANO	Dne	Jak došlo k platbě
			2.0	☐ v hotovosti ☐ neplaceno ☐ neplaceno, přikládám fakturu
Pojistné plnění poukažte na účet		Pojistné plnění poukažte na adresu		

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na písemné dotazy pojistitele uvedené v tomto tiskopisu jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledku nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit. V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), souhlasím, aby mé osobní údaje, včetně údajů o mém zdravotním stavu (resp. údajů o zdravotním stavu týkajícím se nezletilého, jehož jsem zákonným zástupcem) byly pojistitelem zpracovány v rámci pojišťovací činnosti a činnosti související s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovníctví, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o pojišťovníctví“), a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění všech práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu. Veškeré poskytnuté údaje bude zpracovávat pojistitel nebo zpracovatel registrovaný v souladu s § 16 zákona Úřadem pro ochranu osobních údajů. Prohlašuji, že jsem byl v souladu se zákonem řádně informován o zpracování mých osobních údajů, svých právech a povinnostech zpracovatele údajů. Zmocňuji příslušnou správu sociálního zabezpečení k poskytnutí informací pojistiteli. Dále zmocňuji pojistitele, aby si pro potřebu šetření pojistné události vyžadoval veškeré informace a potřebnou zdravotní dokumentaci o mém zdravotním stavu (resp. zdravotním stavu nezletilého) a zavazoval se tuto zdravotní dokumentaci v případě potřeby pojistitele zajistit. Zmocňuji lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení k vyhotovení pojistitelem požadovaných lékařských zpráv, výpisů ze zdravotnické dokumentace nebo k jejich zapůjčení. Tímto zároveň lékaře, ústavy a zdravotnická zařízení, které pojistitel o uvedené informace požádal, zprošťuji od povinnosti zachovávat mlčenlivost.

Datum
2.0
Podpis pojištěného