

Číslo pojistné smlouvy  
(variabilní symbol):

Razítko a podpis za pojistitele: .....

### Pojištěná osoba

Rodné číslo / Personal No.	Příjmení / Surname	Jméno / Given name	Titul / Degree
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

### Platnost pojištění

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

**Děkujeme Vám, že jste si zvolili cestovní pojištění ČSOB Pojišťovny, a. s., člena holdingu ČSOB. Ujišťujeme 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 újmu

- 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 neuhrazujte, ani částečně, nepodepisujte žádný dokument, jehož obsahu nebudete rozumět.
- Poškozeného informujte o tom, že máte uzavřené pojištění odpovědnosti za újmu, 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 nahlašte neprodleně škodnou událost pojistiteli buď telefonicky na tel.: **+420466100777** 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 LÉKAŘI! / 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
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Pokračování doma / Aegrotus domo in lectu affixus		Ode dne / A die	Až do / Usque ad diem
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Den / Die	Podpis lékaře, razítko / Nomen medici, sigillum		
_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		

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 škodné události (stát)		
				Stát a měna, ve které proběhla platba		
Označte úkony vztahující se k vaší škodné události						
<input type="checkbox"/> ošetření <input type="checkbox"/> léky <input type="checkbox"/> hospitalizace <input type="checkbox"/> repatriace <input type="checkbox"/> transport <input type="checkbox"/> přivolání opatrovníka <input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> zavazadla <input type="checkbox"/> odpovědnost za újmu <input type="checkbox"/> jiné						
Ke kontaktu s asistenční službou ČSOB Pojišťovny došlo: <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO		Dne		Jak došlo k platbě		
				<input type="checkbox"/> v hotovosti <input type="checkbox"/> neplaceno <input type="checkbox"/> neplaceno, přikládám fakturu		
Pojistné plnění poukažte na účet		Pojistné plnění poukažte na adresu				
<b>PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO:</b> Pojištěný svým podpisem uděluje ČSOB Pojišťovně, a. s., člen holdingu ČSOB (dále také jen „pojistitel“), následující souhlasy: V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, výslovný souhlas se zpracováním citlivých údajů za účelem provozování pojišťovací činnosti, činností souvisejících s pojišťovací činností, zajišťovací činností. V souladu s ustanovením § 2828 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, souhlas se získáváním údajů o zdravotním stavu, se zjišťováním zdravotního stavu nebo příčiny smrti, a to od ošetřujících lékařů a zdravotnických zařízení. Pojištěný svým podpisem uděluje pojistiteli v souladu s ustanovením § 441 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, plnou moc k tomu, aby ho zastupoval, jeho jménem právně jednal a tam, kde mu obecně závazné právní předpisy takové právo poskytují, aby jeho jménem požadoval jakékoli informace od orgánů veřejné moci (např. orgánů činných v trestním řízení, správních orgánů apod.) nebo od jakýchkoli třetích fyzických či právnických osob (např. zdravotních pojišťoven) nebo aby jeho jménem u zmíněných orgánů a fyzických či právnických osob nahlížel do spisů těchto orgánů či osobami vedenými a činil si z nich výpisy či opisy.						Datum
						Podpis pojištěného