

Formulář 1:

| Vyplní lékař! • Ausgefüllt vom Arzt! • Physician should fill in! • Remplire par médecin! ATESTATIO MEDICI (Litteris versalibus) | | | |
|--|------------------------------|--|-----------------------|
| 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 / Nomen medici | | Razítko / Sigillum |

| Formulář 2 | | OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI | | Vyplní pojištěný | |
|---|--|-------------------------------------|--|--|--|
| Jméno a příjmení | | Rochné číslo | | Číslo pojistné smlouvy | |
| Adresa (ulice, město, PSČ) | | Státní příslušnost | | Telefon | |
| Datum odjezdu | | 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"/> přivodání 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 | | Dne | | Jak došlo k platbě | |
| <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO | | | | <input type="checkbox"/> v hotovosti <input type="checkbox"/> neplaceno, přikládám fakturu | |
| Pojistné plnění poukážete na účet | | Pojistné plnění poukážete na adresu | | | |
| PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO: Pojištěný svým podpisem udává ČSOB Pojišťovně, a. s., den hodiny ČSOB (dale také jen „pojištěl“), následující souhlasy: V souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, vystavuji souhlas se zpracováním cílových údajů za účelem provozování pojišťovací činnosti, činnosti 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 zřizováním zdravotního stavu nebo příčiny smrti, a to od ošetřujícího lékaře a zdravotnických zařízení. Pojištěný svým podpisem udává pojištěl v souladu s ustanovením § 441 a násl. zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, přírouč k tomu, aby ho zastupoval, jeho jménem právně jednal a tím, kde mu odebné závazné právní předpisy takové právo poskytlují, aby jeho jménem požadoval jakékoliv informace od orgánů veřejné moci (např. orgánů činných v trestním řízení, správních orgánů apod.) nebo od jakýchkoliv 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 | |