

Osobní údaje

Banka:

Číslo platební karty: Platnost do:

Jméno a příjmení držitele platební karty:

Rodné číslo: Telefon/E-mail:

Kontaktní adresa: PSČ:

Měl jste nebo máte sjednané ještě jiné cestovní pojištění? Pokud ano, uveďte, prosím, název společnosti, číslo pojistné smlouvy nebo číslo platební karty:

Vyplňte v případě, že se pojistné hlášení vztahuje na připojištěného rodinného příslušníka (manžel/ka nebo děti):

Jméno a příjmení rodinného příslušníka:

Rodné číslo:

Cestoval jste spolu s tímto rodinným příslušníkem?: ANO NE

K tomuto formuláři přiložte, prosím, doklad dosvědčující příbuzenský vztah (kopie rodného listu u dětí, kopie oddacího listu u manžela/ky).

Údaje o pojistné události

Datum vycestování:

Datum pojistné události: Čas:

Země: Místo:

Popis vzniku pojistné události (popište podrobně okolnosti, za kterých došlo k pojistné události):



V případě pojistné události musí být předloženy následující dokumenty:

Léčebné výlohy

- Lékařská zpráva popisující nemoc nebo zranění, průběh léčby, číslo diagnózy
- Originály účtů za ošetření a léky, stvrzenky, předpisy a nemocniční doklady, které umožní pojistiteli stanovit celkovou částku léčebných výloh
- Originál faktury a doklad o jejím zaplacení

Ztráta a poškození zavazadel během letu

- Protokol o ztrátě nebo poškození zavazadel vyplněný dopravcem a doklad o vyplacené náhradě dopravcem nebo jinou společností, u kterých jste uplatnil/a požadavek na náhradu škody
- Kopie letenky a doklad o registraci zavazadla leteckým přepravcem (visačka)
- Seznam obsahu zavazadla, které bylo ztraceno, zcizeno nebo poškozeno včetně podrobností o nastalé škodě - datum, místo zakoupení a cena ztracených, zcizených nebo poškozených předmětů, které byly v zavazadle, spolu s účtenkami za nákup těchto předmětů
- Originál účtu za opravu poškozeného zavazadla

Pojištění odpovědnosti za škody

- Doklady k pojistné události (policejní protokol, jiné protokoly s uvedením příčiny, druhu a výši škody)
- Potvrzení o zaplacení (originál účtu, stvrzenky, faktury s potvrzením o zaplacení)

Kontaktoval jste asistenční službu, dříve než jste zaplatil účty?: ANO NE

Údaje o platbě

Nárokovaná výše náhrady (v původní měně) :

Požadovaný způsob úhrady (v Kč):

Poštovní poukázkou na kontaktní adresu

Na účet číslo:

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v tomto formuláři jsou pravdivé a úplné a že neuplatňuji nárok na pojistné plnění z důvodu stejné škody u jiné pojišťovací společnosti. Jsem si vědom své odpovědnosti vyplývající z tohoto prohlášení.

Tímto dávám souhlas pojistiteli, aby od kteréhokoli lékaře, nemocnice, pojišťovny nebo osoby, která disponuje informacemi o mé osobě a mém zdraví, tyto osobní údaje získával a zpracovával za účelem posouzení nebo likvidace a vyrovnání pojistné události dle pojistné smlouvy. Dále souhlasím s tím, aby pojistitel zpracovával mé osobní údaje v rámci činnosti v pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu založeného pojistnou smlouvou a s předáváním mých osobních údajů do jiných států zajistitelům pojistitele a v rámci skupiny, jejímž členem je společnost za účelem shora uvedeným. Poskytnuté a získané osobní údaje bude zpracovávat pouze zpracovatel registrovaný Úřadem pro ochranu osobních údajů. Prohlašuji, že jsem byl řádně informován o zpracování mých osobních údajů a svých právech a povinnostech dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů v platném znění. Kopie tohoto oprávnění má stejnou platnost jako originál.

Podpis pojištěného:

Datum:

Vyplněný formulář a související doklady zašlete, prosím, do 30 dnů od data škodné události na adresu:
Amcico pojišťovna a.s. | V Celnici 1028/10 | 117 21 | Praha 1