

Číslo pojistné smlouvy:	<input type="text"/>									
Jméno a příjmení pojištěné osoby:	<input type="text"/>									
Rodné číslo:	<input type="text"/>									
Adresa – ulice, číslo popisné, obec, PSČ:	<input type="text"/>									
Telefon:	<input type="text"/>	e-mail:	<input type="text"/>							
Datum vzniku pojistné události:	<input type="text"/>									
Země, ve které k pojistné události došlo:	<input type="text"/>		Kontaktovali jste asistenční službu?	<input type="checkbox"/> ano		<input type="checkbox"/> ne				
Měli jste sjednané pojištění u další pojišťovny?	<input type="checkbox"/> ne		<input type="checkbox"/> ano		U které? <input type="text"/>					
Stručný popis pojistné události:										

Léčebné výlohy v zahraničí

<input type="checkbox"/> Ošetření nemoci	<input type="checkbox"/> Ošetření úrazu	<input type="checkbox"/> Hospitalizace	<input type="checkbox"/> Nákup léků
<input type="checkbox"/> Přeprava do zdravotnického zařízení	<input type="checkbox"/> Repatriace	<input type="checkbox"/> Opatrovník	
<input type="checkbox"/> Ostatní:			
Platili jste za ošetření v hotovosti?	Celková částka, kterou jste v zahraničí uhradili:		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ano	Měna, ve které jste ošetření uhradili:		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> Ošetření nebylo hrazeno v hotovosti, přikládáte účet, jehož proplacení požaduje zahraniční lékař <input type="checkbox"/> Ošetření nebylo hrazeno v hotovosti, případ vyřizovala asistenční služba		

K oznámení pojistné události přiložte prosím originály všech účtů, resp. dokladů prokazujících skutečnou výši vynaložených nákladů a lékařské zprávy, které jste v zahraničí obdrželi.

Úrazové pojištění

<input type="checkbox"/> Trvalá invalidita v důsledku úrazu	<input type="checkbox"/> Smrt úrazem
Trvalá invalidita se posuzuje po uplynutí 1 roku ode dne úrazu. K oznámení pojistné události přiložte prosím lékařskou zprávu, případně úmrtní list.	
Jméno a příjmení zákonného zástupce / pojistníka <input type="text"/>	

Pojištění zavazadel

<input type="checkbox"/> krádež z uzamčeného automobilu nebo krádež z ubytovacího zařízení	<input type="checkbox"/> Poškození či zničení zavazadel při přepravě
<input type="checkbox"/> Poškození či zničení zavazadel při dopravní nehodě nebo v důsledku živelních událostí	<input type="checkbox"/> Zpoždění zavazadel při letecké přepravě
K oznámení pojistné události přiložte prosím policejní protokol a seznam poškozených, zničených či odcizených věcí s uvedením jejich hodnoty (pokud hodnota poškozené, zničené či odcizené věci přesahuje 5.000 Kč přiložte rovněž potvrzení o jejich zakoupení).	

Odpovědnost za škodu

<input type="checkbox"/> Škody na zdraví či životě	<input type="checkbox"/> Škody na věci
K oznámení pojistné události přiložte prosím policejní protokol, svědecké výpovědi a seznam poškozených věcí s jejich oceněním.	

Způsob úhrady

Pojistné plnění si přeji poukázat na účet číslo:	<input type="text"/>	kód banky:	<input type="text"/>
Zaslat poštovní poukázku do vlastních rukou na adresu:	<input type="text"/>		

Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé a úplné a nic nebylo zamlčeno.

Souhlasím se zpracováním údajů o mém zdravotním stavu/zdravotního stavu mého dítěte, které jsou považovány za zvláštní kategorie osobních údajů (citlivé údaje), a to pojistitelem pro účely šetření a likvidace hlášené pojistné události. Současně zprošťuji ošetřující lékaře povinnosti mlčenlivosti o mém zdravotním stavu/zdravotním stavu mého dítěte. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoli odvolat a že odvoláním mého souhlasu není dotčena zákonnost zpracování osobních údajů před odvoláním mého souhlasu. Dále jsem si vědom/a, že poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, ale v případě, že souhlas nebo údaje o zdravotním stavu nebudou uděleny, pojistitel nebude schopen řádně prošetřit a zlikvidovat hlášenou pojistnou událost.

Další informace o zpracování osobních údajů naleznete na www.vitalitas.cz.

Dne:

Podpis pojistníka nebo zákonného zástupce:

Vyplněné oznámení pojistné události odešlete spolu s kopií pojistné smlouvy a s požadovanými doklady doporučeně na adresu pracoviště:
Vitalitas pojišťovna, a.s., Zelený pruh 95/97, 140 00 Praha 4.