

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 / Signillum

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, příroučec k tomu, aby ho zastupoval, jeho jménem právně jednal a tím, kde mu odevzdá závazné právní předpisy takové právo poskytl, 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	