

Číslo pojistné smlouvy / Policy Number / Номер страхового полиса

Pojistník / Policyholder / Страхователь

Příjmení nebo obchodní jméno firmy / Surname or Company name / Фамилия или название фирмы
Jméno / Name / Имя
Titul / Academic titles / Звание

Adresa / Address / Адрес
PSČ / Postcode / Почтовый индекс

Datum narození nebo IČ / Date of birth or CIN / Дата рождение или ИИН
Pohlaví / Sex / Пол
Číslo pasu / Passport number / Номер паспорта
E-mail / Email / E-мэйл
Telefon / Telephone / Телефон

Pojištěný / Insured Person / Застрахованный (je-li odlišný od pojistníka / if different from policyholder / если отличается от страхователя)

Příjmení / Surname / Фамилия
Jméno / Name / Имя
Titul / Academic titles / Звание

Adresa / Address / Адрес
PSČ / Postcode / Почтовый индекс

Datum narození / Date of birth / Дата рождение
Pohlaví / Sex / Пол
Číslo pasu / Passport number / Номер паспорта
E-mail / Email / E-мэйл
Telefon / Telephone / Телефон

Všeobecné údaje / General Information / Общая информация

2 0 Počátek pojištění (dd.mm.rrrr) / Insurance start date (dd.mm.yyyy) / Начало страхования (дд.мм.гггг) 2 0 Konec pojištění (dd.mm.rrrr) / Insurance end date (dd.mm.yyyy) / Конец страхования (дд.мм.гггг)

Pojistná událost se stala: / Date of the insurance event: / Дата страхового случая: den / day / день 2 0 hodina / hour / час
Město / City / Город Země / Country / Страна

Uvedte podrobný popis, jak ke škodě došlo, druh poranění nebo onemocnění / Please provide a detailed description of the claim, the type of injury or illness / Подробное описание того, как произошел страховой случай, характер травмы или заболевания:

Pojištění léčebných výloh / Medical costs insurance / Страхование медицинских расходов

Název a adresa lékařského zařízení, které poskytlo ošetření / Name and address of the medical facility that provided treatment / Название и адрес медицинского учреждения, где оказывалась медицинская помощь

Požadují náhradu celkových hrazených nákladů ve výši / The amount of the total costs required / Прошу выплатить мне компенсацию расходов

Přiložte tyto doklady / Enclose the following documents / Эти документы нужно приложить

Doklad o pojištění a úhradě pojistného / Certificate of insurance and payment document / Сертификат страховой и платежный документ

Lékařskou zprávu / Medical report / Медицинское заключение Ano / Yes / Да Ne / No / Нет Doklad o úhradě / Proof of payment / Доказательство выплат Ano / Yes / Да Ne / No / Нет

Předpis na léky / Medical prescription / Рецепт врача Ano / Yes / Да Ne / No / Нет Doklad o úhradě / Proof of payment / Доказательство выплат Ano / Yes / Да Ne / No / Нет

Doklady musí obsahovat název zdravotního zařízení, jméno a datum narození poškozeného, diagnózu a rozpis poskytnutých služeb. / Documents must include the name of the medical facility, name and birth date of insured person, diagnosis and list of medical procedures. / Документы должны содержать наименование медицинского оборудования, имя и дату рождения потерпевшего, диагностика и разбивка услуг.

S uvedeným onemocněním jste se již léčil? / Have you been treated with this disease before? / Вы обращались с этой проблемой к врачу? Ano / Yes / Да Ne / No / Нет pokud ano, uveďte rok / if so, please write year / если да, то напишите года

Ostatní údaje / Other Information / Другая информация

Kontaktoval jste asistenční službu? / Did you contact the assistance company? / Вы обратились в ассистентскую службу? Ano / Yes / Да Ne / No / Нет pokud ano, uveďte datum / if so, please write date / если да, то напишите дата

Pojistné plnění poukažte: / Please send the insurance benefits: / Прошу сумму страхового возмещения выплатить: na účet v ČR / to the bank account in the CR / на счет в ЧР kód banky / Bank code / БИК č. účtu / Account number / номер счета název banky / Bank name / название банка

na adresu v ČR / to the address in the CR / почтовым переводом на адрес в ЧР

Souhlasím, se získáním údajů o mém zdravotním stavu, a opravňuji doktory, instituce, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny, aby na vyžádání pojistitele poskytli zástupcům UNIQA pojišťovny veškeré informace. / I also grant my consent for purposes of the acquisition of data on my state of health, and I hereby authorize all requested doctors, institutions, healthcare establishments and medical insurance companies to provide such information to UNIQA pojišťovna representatives. / Я соглашаюсь, что Страховщик имеет право выяснять информацию от врачей, других медицинских учреждений, имеющих информацию об истории моего заболевания, о моем физическом и психическом состоянии, диагнозе, лечении и прогнозе, предоставлять ее в случае необходимости Страховщику. Своей подписью я освобождаю врачей от ответственности за разглашение медицинских данных, необходимых для моего лечения. / Подписем подтверждаю, что я осознанно и полностью осознаю последствия предоставления информации и фактов, которые имеют влияние на обязательство страховой компании возместить ущерб за страховой случай. / Проверяю, что я осознанно предоставляю персональные данные, и я осознанно предоставляю персональные данные Страховщику. / В соответствии с положениями Закона № 101/2000 Sb., о защите персональных данных, я соглашаюсь с обработкой моих персональных данных.

EU 5156/2/E/aktiv