

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**

Počátek pojištění (dd.mm.rrrr) / Insurance start date (dd.mm.yyyy) / Начало страхования (дд.мм.гггг)

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

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

měna / currency / валюта

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

Předpis na léky / Medical prescription / Рецепт врача

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?

**Ostatní údaje / Other Information / Другая информация**

Kontaktoval jste asistenční službu? / Did you contact the assistance company? / Вы обратились в ассистентскую службу?

Pojistné plnění použijte: / 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

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

kód banky / Bank code / БИК

č. účtu / Account number / номер счета

název banky / Bank name / название банка

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 последствия показаний неправдивых данных и фактов, которые имеют влияние на обязательство страховой компании возместить ущерб за страховой случай. / Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. / In compliance with the appropriate provisions of Act No. 101/2000 Coll., on Personal Data Protection, I agree to the processing of my sensitive and personal data. / Заявляю, что в соответствии с законом № 101/2000 Сб. об охране личных данных я согласен с обработкой всех моих личных данных.

Číslo pojistné smlouvy / Policy Number

**Pojistník / Policyholder**

<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Příjmení nebo obchodní jméno firmy / Surname or Company name		Jméno / Name	Titul / Academic titles
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Adresa / Address			PSČ / Postcode
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum narození nebo IC / Date of birth or CIN	Pohlaví / Sex	Číslo pasu / Passport number	E-mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefon /Telephone		<input type="text"/>	

**Pojištěný / Insured Person**

<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Příjmení / Surname		Jméno / Name	Titul / Academic titles
<input type="text"/>			<input type="text"/>
Adresa / Address			PSČ / Postcode
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum narození nebo IC / Date of birth or CIN	Pohlaví / Sex	Číslo pasu / Passport number	E-mail
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Telefon /Telephone		<input type="text"/>	

**Všeobecné údaje / General Information**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Počátek pojištění (dd.mm.rrrr) / Insurance start date (dd.mm.yyyy)	Konec pojištění (dd.mm.rrrr) / Insurance end date (dd.mm.yyyy)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pojistná událost se stala: Date of the insurance event: den / day	hodina / hour	Město / City	Země / Country

**Pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou třetí osobě / Liability Insurance for damage caused by the insured to a third party**

Uveďte podrobný popis, jak ke škodě došlo/ Explain in detail how the damage occurred:

Komu byla způsobená škoda (jméno, adresa, datum narození poškozeného, telefon) / The damage was caused to (Name of Injured Person, Date of Birth, Address, Telephone):

Uhradil/a jste nějakou částku za majetkovou škodu? / Did you pay any amount for property damage?

ANO/YES  NE/NO ve výši / amount of  měna / currency

Škodu na majetku je třeba doložit / Damage to property must be documented:

protokolem mezi pojištěným a poškozeným, kde musí být uvedeno, jak ke škodě došlo, kdy a kde k ní došlo co bylo poškozeno, v jakém rozsahu, jaká byla pořizovací cena věci a jak byla věc stará; dále musí být uvedena výše škody; protokol musí být podepsán pojištěným a poškozeným a nejméně dvěma svědky, kteří nesmí být v příbuzenském poměru s pojištěným ani poškozeným; doklad o úhradě škody  
/ in a report between the insured and the injured party, stating how the damage occurred, when and where it occurred, what was damaged, to what extent, what the cost of the item was and how old it was; there shall also be a specification of the amount of damage; the report shall be signed by the insured and the injured party and at least two witnesses, who must not be in a family relationship with either the insured or the injured party; proof of payment of damages.

Škodu na zdraví je třeba doložit: / Injury must be documented:

doložit škodu na zdraví třetí osoby protokolem policie a lékařskou zprávou s podrobnou diagnózou poranění poškozeného  
/ by evidence of injury to a third party by a police statement and medical report with a detailed diagnosis of the victim's injury.

Podpisem potvrzuji, že jsem všechny dotazy odpověděl/a úplně a pravdivě a jsem si vědom/a důsledků hrubě zkresených nebo neúplných opovědí na povinnost pojistitele plnit.

Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

/ I declare that I have answered all questions truthfully and completely and I am aware of the consequences of providing false information and facts in terms of the obligation of the insurer to pay out insurance benefits. / In compliance with the appropriate provisions of Act No. 101/2000 Coll., on Personal Data Protection, I agree to the processing of my sensitive and personal data.

Hlášení o škodě musí být zasláno/The claim report must be sent to this address:

CORIS, Sdružení 2, 140 00 Praha 4  
Telefon/Telephone 261 222 444  
Email coris@coris.cz

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Datum / Date		2 0	

Podpis pojistníka/Policyholder's signatur

