

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

Priložte 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?

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 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

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 предоставляю информацию и факты в интересах UNIQA pojišťovna. / 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. / Заявляю, что на все вопросы я ответил правдиво и полностью, и что я осознанно предоставляю информацию и факты, которые имеют влияние на обязательство страховой компании возместить ущерб за страховой случай. / Проверяю, что я согласен, чтобы Страховщик обрабатывал мои персональные данные в соответствии с законом № 101/2000 Sb., о защите персональных данных. / 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 Sb. об охране личных данных я согласен с обработкой всех моих личных данных.