

Pojištění	Limity plnění v Kč		
	Comfort	Exclusive	Gold
Léčebné výlohy	1 500 000	2 500 000	3 500 000
Další služby poskytované asistenční službou pojistitele			
Repatriace *	500 000	1 500 000	bez limitu
Repatriace tělesných ostatků *	250 000	500 000	bez limitu
Náhrada na pořízení rakve *	50 000	150 000	bez limitu
Právní pomoc *	50 000	50 000	50 000
Autonehoda – kauce *	150 000	150 000	250 000
Regresní řízení – právní pomoc *	50 000	50 000	50 000
Cest. výdaje pro náhradního pracovníka na zastoupení pojištěného *	---	150 000	250 000
Cest. výdaje pro rodinného příslušníka *	65 000	150 000	250 000
Ztráta cestovních dokumentů *	---	20 000	20 000
Max. limit plnění na 1 pojistnou událost v rámci asistence *	500 000	1 500 000	3 500 000
Zpoždění zavazadel	---	1 500 / hod. max. 8 000 spoluúčast 6 hod.	3 000 / hod. max. 15 000 spoluúčast 6 hod.
Zpoždění letu	---	1 500 / hod. max. 8 000 spoluúčast 6 hod.	3 000 / hod. max. 15 000 spoluúčast 6 hod.
Úrazové pojištění – smrt následkem úrazu	1 000 000	1 500 000	1 500 000
Úrazové pojištění – trvalé následky úrazu	1 000 000	1 500 000	1 500 000
Odpovědnost za škodu – život a zdraví	200 000	1 000 000	2 000 000
Odpovědnost za škodu – věc	200 000	1 000 000	2 000 000
Pojištění zavazadel	10 000 **	20 000	40 000
spoluúčast v Kč	500	0	0
limit na jednu věc:	3 000	5 000	40 000
Možnost připojištění Family = rodinní příslušníci (+1 dospělý + 3 děti do 18-ti let)	ANO	ANO	ANO
Maximální souvislá doba pobytu	90	90	120

* Limity za služby poskytované asistenční službou nelze kumulovat s limitem léčebných výloh.

** Pojištění zavazadel je sjednáno pouze pro držitele platební karty.

Prezentační razítko:

PROHLÁŠENÍ OŠETŘUJÍCÍHO LÉKAŘE – ATESTATIO MEDICI – DOCTOR STATEMENT

Nomen aegroti – <i>Name of the patient:</i>			
Natus – <i>Date of birth:</i>	Prima therapia – <i>Date of the first treatment:</i>	Hospitalisatio a die <i>Hospitalisation from</i>	usque ad diem <i>to</i>
Diagnosis:			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

Vznik pojistné události – datum:	Místo ošetření:	Stát:
Popis pojistné události:		
Zvolte způsob proplacení: Peněžní poukázkou na adresu (může být odečteno poštovné) <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Na účet <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Číslo účtu: _____ Název a sídlo peněžního ústavu: _____		
Kontaktoována asistenční služba: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Datum a způsob kontaktování: _____	
Uplatnil(a) jste škodu ještě u jiné pojišťovny? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Uveďte název pojišťovny: _____	
Přikládám dle Všeobecných pojistných podmínek a pokynů pro pojištěné tyto další dokumenty (vyjmenujte):		
Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl(a) pravdivě a úplně. Jsem si vědom(a) případných důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Dávám tímto ve smyslu zákona o ochraně osobních údajů (č. 101/2000 Sb.) pojistiteli souhlas, aby mé osobní údaje uvedené v pojistné smlouvě, včetně údajů o mém zdravotním stavu získaných v souvislosti s touto pojistnou smlouvou, zpracovával v rámci své činnosti v pojišťovnictví po dobu nutnou k zajištění výkonu práv a plnění povinností plynoucích z této pojistné smlouvy.		

* Platnou variantu označte křížkem.



V dne

--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Podpis pojištěného

Vznik pojistné události – datum:	Místo ošetření:	Stát:
Popis pojistné události:		
Zvolte způsob proplacení: Peněžní poukázkou na adresu (může být odečteno poštovné) <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Na účet <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Číslo účtu: _____ Název a sídlo peněžního ústavu: _____		
Kontaktována asistenční služba: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Datum a způsob kontaktování: _____	
Uplatnil(a) jste škodu ještě u jiné pojišťovny? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Uveďte název pojišťovny: _____	
Přikládám dle Všeobecných pojistných podmínek a pokynů pro pojištěné tyto další dokumenty (vyjmenujte):		
Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl(a) pravdivě a úplně. Jsem si vědom(a) případných důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Dávám tímto ve smyslu zákona o ochraně osobních údajů (č. 101/2000 Sb.) pojistiteli souhlas, aby mé osobní údaje uvedené v pojistné smlouvě, včetně údajů o mém zdravotním stavu získaných v souvislosti s touto pojistnou smlouvou, zpracovával v rámci své činnosti v pojišťovnictví po dobu nutnou k zajištění výkonu práv a plnění povinností plynoucích z této pojistné smlouvy.		

* Platnou variantu označte křížkem.



V dne

--	--	--	--	--	--	--	--

.....
Podpis pojištěného