UNIQA

UNIQA pojišťovna, a.s.
Zapsána u Městského soudu v Praze, oddíl B, č. vložky 2012.
Evropská 136, 160 12 Praha 6
IČ: 49240480

Cestovní pojištění
Travel Insurance

Oznámení o škodě
Insurance Claim Report

1360500229
Číslo pojistné smlouvy / Policy Number

Pojistník / Policyholder
Pojištění léčebných výloh, Pojištění asistenčních služeb, Úrazové pojištění, Pojištění odpovědnosti za škodu, Pojištění cestovních zavazadel, Pojištění domácího miláčka / Medical Expenses Insurance, Assistance Services Insurance, Personal Accident Insurance, Liability Insurance, Baggage Insurance, Pet Insurance

AGENCY INTERBOHEMIA S.R.O.
Příjmení nebo obchodní jméno firmy / Surname or Company Name
Jméno / Name
Titul / Academic Titles

Lannova třída 10, České Budějovice
Adresa / Address
37001
PSČ / Postcode

26087448
Rodné číslo / IČ / Identification Number
Číslo pasu / Passport Number
00420387965510
Telefon / Telephone
agency @ interbohemia.cz
E-mail / Email

Cestovní kancelář / Travel Agency
Pojištění stornovacích poplatků, Pojištění náhrady dovolené / Cancellation Fees Insurance, Leave Compensation Insurance

AGENCY INTERBOHEMIA S.R.O.
Název cestovní kanceláře / Travel Agency Name

Pojištěný / Insured Person

Příjmení / Surname
Jméno / Name
Titul / Academic Titles

Adresa / Address
PSČ / Postcode

Rodné číslo / IČ / Identification Number
Číslo pasu / Passport Number
Telefon / Telephone
E-mail / Email

Všeobecné údaje / General Information

Termín cesty / Travel dates: od / from ____ do / to ____

Pojistná událost se stala / Date of the insurance event: den / day ____ hodina / hour ____
Město / City ____ Země / Country ____

Uveďte podrobný popis, jak ke škodě došlo, druh poranění nebo onemocnění. / Explain the full circumstances of how the damage occurred, type of injury or illness.

Pojištění léčebných výloh, Pojištění domácího miláčka / Medical Expenses Insurance, Pet Insurance

Název a adresa lékařského zařízení, které poskytlo ošetření. / Name and address of the medical facility that provided treatment.

Požaduji náhradu celkových hrazených nákladů ve výši / The amount of the total costs required

Ošetření / Treatment:		měna / currency	
Léky / Drugs:		měna / currency	
Jiné - uveďte / Others – indicate:		měna / currency	
Částka celkem / Total Amount:		měna / currency	

Uveďte celou výši neuhrazených nákladů / Give the full amount of unpaid expenses
např. ošetření, transport, atd. / e.g., treatment, transport, etc. ____ měna / currency ____

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.

Pojištění zavazadel / Luggage Insurance

Kolik jste měl zavazadel? / How much luggage did you take?

Kolik zavazadel bylo ztraceno/odcizeno? / How much luggage was lost/stolen?

Přiložte tyto doklady: / Please enclose the following documents:
Seznam odcizených či poškozených zavazadel včetně dokladů o jejich nabytí a jejich pořizovací hodnotě (účty, faktury). / List of stolen or damaged baggage, including proof of the acquisition thereof and the purchase value thereof (bills, invoices).
Kopii protokolu policie o vloupání nebo dopravní nehodě. / Copy of police report of theft or accident.
Zápis o škodě od odpovědného zástupce dopravce. / Report of the loss from the carrier's responsible representative.

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

Komu byla způsobena škoda (jméno, adresa, datum narození poškozeného) / The demage was caused to (Name of Injured Person, Date of Birth, Address)

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 s 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

EU 5173/1

☒ Požadovanou variantu zakřížkujte! / Please tick the required option!

Kopie (pro pojistníka)

UNIQA

UNIQA pojišťovna, a. s.
Zapsána u Městského soudu v Praze, oddíl B, č. vložky 2012.
Evropská 136, 160 12 Praha 6
IČ: 49240480

Cestovní pojištění
Travel Insurance

Oznámení o škodě
Insurance Claim Report

1360500229
Číslo pojistné smlouvy / Policy Number

Pojištění stornovacích poplatků, Pojištění náhrady dovolené / Cancellation Fees Insurance, Leave Compensation Insurance

Pojistné bylo uhrazeno / The insurance premium was paid	den / day ve výši / amount of Kč / CZK
Datum zrušení cesty, Datum přerušení zaplacených služeb / Date of cancellation of the trip, Date of unused travel services	den / day
Jména pojištěných osob, které stornovali cestu. , Jméno pojištěné osoby, která nevyužila zaplacené služby / Names of insured people which canceled the trip., Name of insured person who unused travel services.	
Zpráva ošetřujícího lékaře (datum onemocnění/úrazu, diagnóza, ...) / Attending Physician's Report (Date of illness or injury, Diagnosis, ...)	
S uvedeným onemocněním jste se již léčil? / Have you been treated with this disease before?	Ano / Yes ☐ Ne / No ☐ pokud ano, uveďte datum / if yes, give date
Vyplňuje pojištěná osoba / To be completed by the insured person	Termín zájezdu od / Dates of trif: From do / to země / country Cena zájezdu / Tour Price Kč / CZK Uhradil/a jsem CK / I paid the travel agency Kč / CZK Cestovní kancelář vrátila částku / Amount refunded by Travel Agency Kč / CZK Dne / Day Výše nákladů, steré stornem/nevyužitím služeb vznikly pojištěnému / The amount of costs incurred by the insured as a consequence of cancellation trip/unused travel services Kč / CZK Skipas od / Ski pass from do / to Cena skipasu / Ski pass price Kč / CZK K oznámení přiložte: / Please enclose the following documents: - potvrzení lékaře o onemocnění s uvedením diagnózy / Medical certificate from the attending physician - kopii cestovní smlouvy / Copy of travel contract - kopii dokladu o úhradě zájezdu a pojistného / Copy of proof of payment for the travel services and insurance premium - příp. ověřenou kopii úmrtního listu / Death Certificate - úřední zprávu / official report

Cestovní kancelář potvrzuje, že uvedené údaje jsou pravdivé a že již nebylo možno zajistit náhradníka, event. dohodnout storno se zahraničním partnerem bez náhrady. / Travel Agency confirms that above information is true and it was not possible to provide an alternative or agreement cancellation with foreign partner with refund.

V / At dne / day Razítko a podpis cestovní kanceláře / Stamp and Signature of the Travel

Ostatní údaje / Other Information

Kontaktoval jste asistenční společnost? / Did you contact the assistance company?	Ano / Yes ☐ Ne / No ☐ pokud ano, uveďte datum / if yes, give date
Máte sjednáno další cestovní pojištění (například k bankovnímu účtu, kreditní kartě)? / Do you have any other travel insurance (for example with your bank account, credit card)?	Ano / Yes ☐ Ne / No ☐ Název pojišťovny, banky / Name of Insurance
Pokud máte sjednáno pojištění k platební kartě, uveďte číslo karty. / If you have credit card insurance, give card number.	
Pojistné plnění poukažte: na adresu v ČR / Please send the insurance benefits: to the address in the CR	----------
nebo na účet / or to the bank account	č. účtu / Account number 195497482 kód banky / Bank code 0300 spec.symbol / Specific code ----------

Prohlašuji, že lékařské ošetření bylo nezbytně nutné a jednalo se o akutní onemocnění nebo úraz. V případě, že úhradu nákladů léčení provedl za pojištěného někdo jiný, uvede pojištěný jméno a adresu osoby nebo firmy, které má pojistitel vyplatit pojistné plnění a zároveň tím prohlašuje, že jeho nároky vůči pojistiteli jsou tímto plněním vyrovnány. Prohlašuji, že poškozená osoba není v příbuzenském vztahu ani s pojištěným, ani s pojistníkem, ani v pracovním nebo obchodním vztahu k nim. Souhlasím se získáváním údajů o mém zdravotním stavu a opravňuji doktory, instituce, zdravotnická zařízení, a zdravotní pojišťovny, aby na vyžádání pojistitele poskytli zástupcům UNIQA pojišťovny veškeré informace. Podpisem potvrzuji, že jsem všechny dotazy odpověděl/a úplně a pravdivě a jsem si vědom/a důsledků hrubě zkreslených nebo neúplných odpovědí 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 the medical treatment was an emergency and it was an acute illness or injury. In case that somebody else paid property damages, the insured person will give the name and address of the person or firm, which the insures has to pay insurance benefits and at once he/she declares, that their requirements to insurer are settled. The insured person must also declare the insurance claim is settled. / I declare, that injured party is not in family, work or business relationship with either the insured or the injured party. / 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. / 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.

V / At dne / day Podpis pojištěného / Signature of insured person

☒ Požadovanou variantu zakřížkujte! / Please tick the required option!