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

Oznámení o škodě

1360500229

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Pojistník
(kdo uzavřel smlouvu nebo cestovní kancelář)

AGENCY INTERBOHEMIA S.R.O. — Příjmení (resp. obchodní jméno firmy)
Jméno
Titul
26087448 — Rodné číslo/IČ
00420387965510 — Telefon (8 - 17 hodin)
agency @ interbohemia.cz — E-mail
Lannova třída — Ulice
10 — Č.p.
37001 — PSČ
České Budějovice — Obec

Pojištěný

Příjmení
Jméno
Titul
Rodné číslo
Telefon (8 - 17 hodin)
E-mail
Ulice
Č.p.
PSČ
Obec

Všeobecné údaje

Termín cesty — od ____ do ____

Pojistná událost se stala — dne ____ hodina ____
město / místo ____ země ____

Uveďte podrobný popis, jak ke škodě došlo, co se stalo, vč. druhu poranění nebo onemocnění

Dále vyplňte příslušnou část podle druhu škody. Nezapomeňte vyplnit poslední část oznámení!!

Pojištění léčebných výloh / Pojištění domácího miláčka

Název a adresa zařízení, které poskytlo ošetření:

Požaduji úhradu nákladů uhrazených v hotovosti:

za ošetření:		měna	
za léky:		měna	
jiné - uveďte:		měna	
částka celkem:		měna	

Uveďte celou výši neuhrazených nákladů: např. za ošetření, transport, atd ____ měna ____

Originály dokladů musí obsahovat název zdravotního zařízení, jméno a datum narození poškozeného, diagnózu a rozpis poskytnutých služeb.

Pojištění zavazadel

Kolik jste měl zavazadel?

Kolik zavazadel bylo ztraceno / odcizeno?

Přiložte tyto doklady:

Seznam poškozených, zničených nebo ukradených věcí uveďte v příloze (vč. dokladů o jejich nabytí a jejich pořizovací hodnotě = účty, faktury)

Kopii protokolu policie o vloupání nebo dopravní nehodě

Zápis o škodě od odpovědného zástupce dopravce

Požadovanou variantu zakřížkujte!

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

Oznámení o škodě

1360500229

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Pojištění odpovědnosti za škody způsobené třetí osobě

Komu byla způsobena škoda (uveďte jméno, adresu a datum narození poškozeného)	
Uveďte podrobnosti ke vzniku a rozsahu škody	
Uhradil/a jste nějakou částku za majetkovou škodu?	ano ☐ ne ☐ ve výši ☐ měna ☐
Škodu na majetku je třeba doložit:	Protokolem mezi poškozeným a pojištěným s uvedením data, místa škody, jak ke škodě došlo, co bylo poškozeno, pořizovací cenou věci, datem pořízení. Protokol musí být podepsán pojištěným, poškozeným a dvěma svědky s uvedením jejich plného jména, data narození a adresy. Nemůže se jednat o osoby příbuzné. Dokladem o úhradě škody.
Škodu na zdraví je třeba doložit:	policejním protokolem nebo protokolem Horské služby či jiného oficiálního státního orgánu písemným vyjádřením svědků s uvedením jejich identifikace

Ostatní údaje ke škodě a pro zaslání pojistného plnění

Kontaktoval/a jste asistenční službu:	ano ☐ ne ☐ pokud ano, uveďte datum ☐
Máte sjednáno další cestovní pojištění? Uveďte i pojištění v rámci platební karty.	ano ☐ ne ☐ Název pojišťovny, banky ☐
Pokud máte sjednáno pojištění k platební kartě, uveďte číslo karty.	
Pojistné plnění poukažte: na adresu	----------
Nebo na účet	číslo 195497482 kód banky 0300 spec. symbol ----------
☒	Požadovanou variantu zakřížkujte!

Prohlašuji, že lékařské ošetření bylo nezbytně nutné a jednalo se o akutní onemocnění nebo úraz.
V případě, že úhradu nákladů léčení nebo majetkové škody 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, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčení pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti.
Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal potřebné podklady u policie, správní orgánů a jiných pojišťoven pro potřeby šetření škodné události.
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.

V ☐ dne ☐ Podpis pojištěného