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 Storno cesty Náhrada dovolené

Oznámení o škodě

1360500229
Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Cestovní kancelář
AGENCY INTERBOHEMIA S.R.O.
Název cestovní kanceláře

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

Všeobecné údaje

Pojistné uhrazeno dne ____ ve výši ____ Kč

Datum zrušení cesty / Datum přerušení zaplacených služeb dne ____

Jména pojištěných osob, které stornovali cestu / Jméno pojištěné osoby, která nevyužila zaplacené služby

Důvod storna / Nevyužití zaplacených služeb

Zpráva ošetřujícího lékaře (datum onemocnění/úrazu, diagnóza...)

S uvedeným onemocněním jste se léčil/a již dříve? ano ☐ ne ☐ pokud ano, kdy /rok ____

Vyplňuje pojištěná osoba,
Termín zájezdu od ____ do ____ země ____
Cena zájezdu ____ Kč Uhradil/a jsem CK ____ Kč
Cestovní kancelář vrátila částku ____ Kč Dne ____
Výše nákladů, které stornem/nevyužitím služeb vznikly pojištěnému ____ Kč

Skipas od ____ do ____ Cena skipasu ____ Kč

Pojistné plnění poukažte na č. účtu 195497482 kód banky 0300 spec. symbol ----------

nebo na adresu ----------

K oznámení přiložte:
- **potvrzení lékaře o onemocnění s uvedením diagnózy**
- **kopii dokladu o úhradě zájezdu a pojistného**
- **příp. ověřenou kopii úmrtního listu**
- **kopii cestovní smlouvy**
- **kopie objednaných a zaplacených služeb**
- **úřední zprávu**

☒ Požadovanou variantu zakřížkujte!

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.
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, správních orgánů a jiných pojišťoven pro potřeby šetření škodné události.
Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

V ____ dne ____ Podpis pojištěného

Cestovní kancelář potvrzuje, že uvedené údaje jsou pravdivé a že již nebylo možno zajistit náhradníka, event. dohodnout storno se zahraničním partnerem bez náhrady.

V ____ dne ____ Razítko a podpis cestovní kanceláře

EU 5094/3