

z pojištění osobních věcí, odpovědnosti za škodu, storna zájezdu a zásahu horské záchranné služby

Nárokujete pojistné plnění z pojištění:  osobních věcí  storna zájezdu  odpovědnosti za škodu  zásahu horské záchranné služby

## INFORMACE O POJIŠTĚNÉM

## ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:

Datum platnosti pojištění od:	do:		
Příjmení:	Jméno:		
Titul:	Datum narození:	Rodné číslo:	/
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):			PSČ:
Telefon:	E-mail:		
Název a kód zdravotní pojišťovny v ČR:			

## ZÁSTUPCE POJIŠTĚNÉHO

Příjmení:	Jméno:	
Titul:	Telefon:	Vztah k pojištěnému:
Korespondenční adresa:		

## ÚDAJE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI

(nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)

Datum škodné události:	Místo:	Stát:	
Jste současně pojištěn na stejné riziko jinou pojistnou smlouvou (např. z platební karty)?			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte jaké:			
Oznámil jste škodnou událost asistenční službě?			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Došlo ke škodné události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Byla škodná událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu.			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Vznikla škoda cizím zaviněním?			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte podrobnější informace.			
Vznikla škoda při dopravní nehodě?			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte číslo jednací:			

## POJIŠTĚNÍ OSOBNÍCH VĚCÍ

O jaký typ škody se jedná:	<input type="checkbox"/> poškození	<input type="checkbox"/> zničení	<input type="checkbox"/> odcizení
Uveďte podrobný popis za jakých okolností došlo ke škodě a uveďte seznam poškozených, zničených, resp. odcizených věcí, jejich datum pořízení a pořizovací cenu.			

## POJIŠTĚNÍ STORNA ZÁJEZDU

Druh cesty:	<input type="checkbox"/> Turistická	<input type="checkbox"/> Pracovní
Zájezd od:	do:	Nevrácené náklady:
Za zájezd (cesta a ubytování) uhrazeno:	Dne:	
Jméno a příjmení osoby, kvůli které je zrušení zájezdu uplatňováno (vyplňte, pokud není shodné s pojištěným; vztah k pojištěnému:		
Popište prosím důvod zrušení zájezdu:		

**POTVRZENÍ CESTOVNÍ KANCELÁŘE**

Název cestovní kanceláře:		IČ:
Adresa:		Telefon:
Zrušení účasti na zájezdu číslo:		Termín konání zájezdu:
Storno cesty bylo nahlášeno dne:		
Vyúčtování storno poplatků bylo provedeno dne:		ve výši:
Spolucestující osoby (jméno, příjmení, rodné číslo):		
V	dne	Razítko cestovní kanceláře a podpis jejího zástupce:

**POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI ZA ŠKODU**

Informace o poškozené osobě:

Příjmení:		Jméno:
Titul:	Datum narození / IČO u právnických osob	Název společnosti u právnických osob
Adresa trvalého bydliště / Sídlo společnosti:		PSČ:
Telefon:		E-mail:

O jaký typ škody se jedná:	<input type="checkbox"/> na zdraví	<input type="checkbox"/> na majetku	<input type="checkbox"/> finanční škoda
Uveďte podrobný popis za jakých okolností ke škodě došlo:			
Jste s poškozeným v příbuzenském vztahu?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	
Žijete s poškozeným ve společné domácnosti?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	

**POJIŠTĚNÍ ZÁSAHU HORSKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY**

Byly náklady na zásah horské záchranné služby uhrazeny?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, přiložte doklad.		
Uveďte podrobný popis za jakých okolností k zásahu došlo:		

**VÝŠI VZNIKLÉ ŠKODY PROKAZUJI TĚMITO ORIGINÁLY DOKLADŮ**

<input type="checkbox"/> Cestovní smlouva	<input type="checkbox"/> Doklady o vrácené částce
<input type="checkbox"/> Lékařská dokumentace	<input type="checkbox"/> Nevyužité cestovní doklady
<input type="checkbox"/> Doklady o platbě zájezdu	<input type="checkbox"/> Stornofaktura
<input type="checkbox"/> Faktura za zásah horské záchranné služby	<input type="checkbox"/> Jiný doklad:

**ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ**

Pojistné plnění poukážte:

Poštovní poukázkou na adresu:		PSČ:
Na korunový bankovní účet pojištěného u:		
Číslo účtu:	Kód banky:	Spec.symbol:

**PROHLÁŠENÍ**

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášené škodné události vyplnil/a pouze toto oznámení škodné události a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkrácených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčení pojištěného pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení.

Rovněž souhlasím, aby si pojistitel pro potřeby šetření škodné události vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

Počet listů příloh, které přikládám: .....

V	dne	Podpis pojištěného nebo oprávněného zástupce
---	-----	--