



Cestovní pojištění

Oznámení škodní události z pojištění stornovacích poplatků

Otisk razítka, datum a podpis příjemce oznámení

Číslo pojistné smlouvy

Jméno a příjmení pojištěného:

Adresa bydliště:

Korespondenční adresa:

Datum narození:

Rodné číslo:

E-mail:

Telefon:

Telefon 2:

Zákonný zástupce / opatrovník pojištěného

Jméno a příjmení:

Telefon:

Datum narození:

Rodné číslo:

E-mail:

Adresa bydliště:

Korespondenční adresa:

Vztah k pojištěnému:

Oznamovatel (je-li odlišný od pojištěného nebo jeho zákonného zástupce / opatrovníka)

Jméno a příjmení oznamovatele:

Telefon:

Adresa bydliště:

Korespondenční adresa:

Datum narození:

Rodné číslo:

E-mail:

Uveďte právní zájem oznamovatele na pojistném plnění (v jakém vztahu jste vůči pojištěnému):

Popis škodní události

Datum a hodina události:

Místo:

Stát:

Popište prosím důvod zrušení zájezdu/cesty:

Došlo k události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? Ano Ne

Byla událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu Ano Ne

Vznikla událost cizím zaviněním? Pokud ano, uveďte podrobnosti Ano Ne

Vznikla událost při dopravní nehodě? Ano Ne

Byla kontaktována asistenční služba? Ano Ne Evidenční číslo smlouvy:

Jste současně pojištěni na stejné riziko jinou pojistnou smlouvou? Ano Ne U kterého pojistitele?

Údaje o cestě

Datum zájezdu/cesty: od: do:
Datum zájezdu/cesty: Uhrazeno dne:
Jméno a příjmení osoby, kvůli které je zrušení zájezdu/cesty uplatňováno (vyplňte, pokud není shodné s pojištěným; vztah k pojištěnému):

Název poskytovatele cestovní služby: IČ:
Datum nahlášení storna cesty: Zájezd číslo:
Výše stornopoplatku:
Vyúčtování stornopoplatků provedeno dne: Ve výši:
Jméno a příjmení osoby, kvůli které je zrušení zájezdu/cesty uplatňováno (vyplňte, pokud není shodné s pojištěným; vztah k pojištěnému):

Místo: Razítko cestovní kanceláře a podpis jejího zástupce:
Datum:

K oznámení škodní události je nutné doložit tyto doklady:

- cestovní smlouvu / smlouvu o zájezdu
- doklad o úhradě služeb
- doklady prokazující vznik události (lékařská dokumentace / jiné doklady k prokázání vzniku události)
- doklad o vrácené částce
- stornofakturu
- veškeré další dokumenty související se škodní událostí

Údaje pro zaslání pojistného plnění

Pojištěný uplatňuje náhradu nákladů v celkové částce a měně:
Pojistné plnění poukažte:
Na korunový bankovní účet číslo: Kód banky: Spec. symbol:
Poštovní poukázkou na adresu:

Vyplněný formulář spolu s fotokopii všech dokladů a zdravotní dokumentace týkající se vaší škodní události zašlete e-mailem na: oznameni.udalosti@pvzp.cz (velikost jedné zprávy nesmí překročit 15 MB), nebo zašlete písemně na adresu: Pojišťovna VZP, a.s., odbor likvidace pojistných událostí, Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí pro povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčení pojištěného pro potřeby šetření škodní 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 škodní události vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a ostatních pojišťoven.

Počet listů přílohy, které přikládám:

Místo: Datum: Podpis pojištěného (zákonného zástupce)