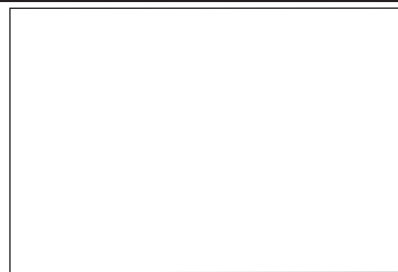




**Oznámení pojistné události
z pojištění storna cesty**



Pojištěný (oprávněná osoba – definice viz část VI.) vyplní část I. Spolucestující, kteří také nárokují pojistné plnění a souhlasí, aby výplata byla zaslána na adresu, resp. účet pojištěného (oprávněné osoby) uvedené v části I., stvrdí toto rozhodnutí vyplněním a svým podpisem v části II. Pojištěný (oprávněná osoba) předává vyplněný formulář „Oznámení pojistné události z pojištění storna cesty“ (dále jen „oznámení“) prodejci zájezdu. Je-li prodejcem zájezdu jiný subjekt, než cestovní kancelář organizující zájezd, odesílá prodejce neprodleně všechny formuláře související s jednou pojistnou událostí na adresu cestovní kanceláře (cestovní agentury), která zájezd organizuje. Cestovní kancelář vyplní a potvrdí část III. a vrácí formulář pojištěnému (oprávněné osobě). Je-li důvodem zrušení cesty nemoc nebo úraz, vyplní se prohlášení v části IV. a nechá se vyplnit a potvrdit ošetřujícím lékařem část V. Lékař vrácí vyplněné a potvrzené oznámení pojištěnému (oprávněné osobě), který(á) jej odesílá na adresu Česká pojišťovna a.s., P.O. Box 305, 601 00 Brno.

I. Oznámení pojištěného (oprávněné osoby)

Pojištěný

Příjmení

Jméno

Rodné číslo/IČ Datum narození

Ulice (místo) Č.p.

Obec (pošta) PSC

Telefon

E-mail

Zakoupil dne, u prodejce, zájezd/pobyt č., a to včetně pojištění storna cesty

V termínu od–do, do státu, místo

Zájezd cestovní kanceláře pojištění sjednáno dne

Celkem za zájezd uhrazeno Kč cestovní kancelář účtovala nevratné náklady Kč

Jméno a příjmení osoby, kvůli které je storno uplatňováno (vyplňte jen, není-li shodný oznamující s poškozeným!), vztah k této osobě (např. syn, spolucestující)

Důvod storna cesty vznikl dne

byl sdělen cestovní kanceláři (název) dne

Příložené doklady (zakřížkujte typ příloženého dokladu!): Lékařská dokumentace Cestovní smlouva Stornofaktura

Úmrtní list Doklad o zaplacení pojistného Jiný doklad Počet příložených listů

Pojistné plnění prosím zašlete: a) na výše uvedenou adresu! b) na účet číslo

Název banky, kód banky, specifický symbol

Prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl pravdivě a úplně, že jsem pojistnou událost hlásil pouze tímto oznámením a jsem si vědom právních důsledků nesprávných odpovědí na povinnost České pojišťovny plnit. Souhlasím s tím, aby mé osobní a citlivé údaje týkající se zdravotního stavu spravovala Česká pojišťovna po dobu potřebnou pro účely cestovního pojištění v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

V

dne

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

II. Spolucestující osoby

Příjmení a jméno	Rodné číslo nebo datum narození ¹⁾	Vztah k osobě uvedené v části I.	Zaplaceno za zájezd v Kč	Podpis spolucestujícího
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



* TC89029002022 *

Příjmení a jméno	Rodné číslo nebo datum narození ¹⁾	Vztah k osobě uvedené v části I.	Zaplaceno za zájezd v Kč	Podpis spolucestujícího
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

III. Potvrzení cestovní kanceláře

Číslo smlouvy NOZ (produktové doložky) uzavřené s Českou pojišťovnou a.s.	Název cestovní kanceláře, resp. cestovní agentury	Zrušení účasti na zájezdu číslo	Typ pojištění (viz produktová doložka)	Termín zájezdu (pobytu) od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Zájezd do státu <input type="text"/>	Pojištění za osobu uvedenou v části I. a za další osoby, které jsou uvedeny na jedné cestovní smlouvě (a uvedené v části II.) bylo sjednáno a zaplaceno dne			<input type="text"/>	
Příjmení a jméno	Rodné číslo nebo datum narození ¹⁾	Uhrazená cena zájezdu v Kč	Nevratné náklady (stornopoplatky) v Kč ²⁾		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Za výše uvedené osoby podepsal Cestovní smlouvu a zaplatil pojistné		Storno cesty bylo prokazatelně nahlášeno cestovní kanceláří dne		<input type="text"/>	
Telefon do CK <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
V <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		
dne <input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="text"/>		

Razítko cestovní kanceláře, a podpis jejího zástupce (příjmení zástupce také hůlkovým písmem)

IV. Prohlášení pacienta (osoby, kvůli které je storno cesty uplatňováno – viz. část I.)

Souhlasím, aby lékař odpověděl na otázky České pojišťovny o zdravotních potížích, které jsou důvodem pro zrušení cesty. Zbavuji lékaře, který mi poskytl zdravotní péči mlčenlivostí a zmocňuji jej provedením výpisu z mé zdravotní dokumentace, případně k vyhotovení lékařské zprávy. Souhlasím s vydáním výpisu z mého individuálního účtu pojištěného vedeneho zdravotní pojišťovnou. Pokud nelze z dodané dokumentace rozhodnout o oprávněnosti nároku na pojistné plnění, souhlasím se zapůjčením zdravotní dokumentace lékaři České pojišťovny.

Příjmení a jméno pacienta, rodné číslo nebo datum narození¹⁾, podpis pacienta

V dne

V. Zpráva lékaře

Diagnóza číslo Popis onemocnění/úrazu pacienta

První příznaky onemocnění vznikly dne celková doba léčení od do

Uveďte zda, když ano tak v čem uvedené onemocnění omezuje pacienta v běžném denním životě z medicínského hlediska

Pacientovi byly vydány následující dokumenty

V

dne

Podpis lékaře a razítko

¹⁾ Vyplňujte rodné číslo, není-li vyplňte datum narození!

²⁾ Nevratné náklady (stornopoplatky) jsou stanoveny ve smyslu podmínek cestovní kanceláře (viz cestovní smlouva či katalog zájezdů).

Vysvětlivky

- Nárok na pojistné plnění vzniká za podmínek stanovených ve Všeobecných pojistných podmínkách a Smluvních ujednáních, které jsou součástí obchodní smlouvy uzavřené mezi Českou pojišťovnou a.s. a cestovní kanceláří.
- Nevratnými náklady (stornopoplatky) se rozumí odstupné, které je zákazník povinen uhradit cestovní kanceláři při odstoupení od cestovní smlouvy.
- Za nezletilého uplatňuje nárok na pojistné plnění jeho zákonný zástupce (oprávněná osoba).
- Za zemřelého uplatňuje nárok na pojistné plnění zákonný dědic (oprávněná osoba).
- Spolucestující (uvedení na společné cestovní smlouvě) uplatňují nárok na pojistné plnění na samostatném formuláři „Oznámení pojistné události z pojištění storna cesty“, pokud si přejí zaslat pojistné plnění na svoji adresu nebo svůj účet.
- Informace o průběhu likvidace je možné získat na tel. čísle 844 114 114.