



Oznámení škodné události/

z pojištění storno cesty, nevyužité dovolené a zpoždění letu

Nárokujete pojistné plnění z pojištění: storno cesty nevyužité dovolené zpoždění letu**INFORMACE O POJIŠTĚNÉM****ČÍSLO POJIŠTĚNÍ:**

| | | | |
|---|-----------------|----------------|------|
| 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: | | | |

ÚDAJE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI

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

| | |
|---|--------|
| Datum škodné události: | |
| Stát škodné události: | Místo: |
| Jméno a příjmení osoby, kvůli které je zrušení cesty uplatňováno (vyplňte, pokud není shodné s pojištěným); vztah k pojištěnému: | |
| Popište prosíme důvod zrušení cesty: | |
| Jste současně pojištěn/a na stejné riziko jinou pojistnou smlouvou (např. z platební karty)? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Pokud ano, uveďte jakou: | |
| Oznámil/a jste škodnou událost asistenční službě? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | |
| Trpěl/a jste před počátkem pojištění uvedeným onemocněním? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | |
| Jméno, adresa a telefon Vašeho praktického lékaře v ČR: | |
| Jméno, adresa a telefon příslušného specialisty v ČR (kardiolog, ortoped, internista, gynekolog apod.): | |

POJIŠTĚNÍ STORNO CESTY

| | | |
|---|---------------------------------------|--|
| Typ cesty: | <input type="checkbox"/> individuální | <input type="checkbox"/> s cestovní kancelář |
| Účel cesty: | | |
| Země pobytu: | Doprava: | |
| Datum odjezdu: | Datum návratu: | |
| Za zájezd (cesta a ubytování) uhrazeno: | Dne: | |
| Za již uhrazené služby vráceno: | Nevratné náklady: | |

U políček s možností volby zakřížkujte hodící se variantu, nehodící se škrtněte.

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 NEVYUŽITÉ DOVOLENÉ

| | | |
|-------------------------------|----------------|----------------|
| Země pobytu: | Datum odjezdu: | Datum návratu: |
| Datum ošetření/hospitalizace: | | |

POJIŠTĚNÍ ZPOZDĚNÍ LETU

| | | |
|-------------------------|------------------------|-------------|
| Letecká společnost: | Datum letu: | Číslo letu: |
| Čas plánovaného odletu: | Čas skutečného odletu: | |

VÝŠI VZNIKLÉ ŠKODY PROKAZUJI TĚMITO ORIGINALY DOKLADŮ

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> cestovní smlouva | <input type="checkbox"/> doklady o platbě zájezdu, cesty, ubytování, aj. |
| <input type="checkbox"/> lékařská dokumentace | <input type="checkbox"/> stornofaktura |
| <input type="checkbox"/> nevyužitá cestovní doklady | <input type="checkbox"/> doklady o vrácené částce |
| <input type="checkbox"/> letenka | <input type="checkbox"/> potvrzení letecké společnosti o zpoždění letu |
| <input type="checkbox"/> výdaje na stravu a občerstvení | <input type="checkbox"/> jiný doklad: |

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte:

| | | |
|--|------------|---------------|
| 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, zkreslených 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 | |

Vyplněné hlášení pošlete prosíme na adresu AXA ASSISTANCE, Kodaňská 25, 101 00 Praha 10, Česká republika