



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

Přiložené doklady (zakřížkujte typ přiloženého dokladu!): Lékařská dokumentace Cestovní smlouva Stornofaktura

Úmrtní list Doklad o zaplacení pojistného Jiný doklad Počet přiložených 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

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 do	
Zájezd do státu	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				
Příjmení a jméno	Rodné číslo nebo datum narození ¹⁾	Uhrazená cena zájezdu v Kč	Nevratné náklady (stornopoplatky) v Kč ²⁾		
Za výše uvedené osoby podepsal Cestovní smlouvu a zaplatil pojistné		Storno cesty bylo prokazatelně nahlášeno cestovní kanceláří dne		2000	
Telefon do CK		Razítko cestovní kanceláře, a podpis jejího zástupce (příjmení zástupce také hůlkovým písmem)			
V					
dne					

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.