

Vyplňte prosím všechna pole zvýrazněná růžovou barvou

■ Žlutě zvýrazněná pole NEVYPLŇUJTE



UNIQA pojišťovna, a.s.
Zapsána u Městského soudu v Praze,
oddíl B, č. vložky 2012.
Evropská 136, 160 12 Praha 6
IČ: 49240480

Cestovní pojištění
Storno cesty
Náhrada dovolené

Oznámení
o škodě

Vyplní CK

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Cestovní kancelář

Název cestovní kanceláře

Pojištěný

Příjmení

Jméno

Titul

Rodné číslo

Telefon (8 - 17 hodin)

E-mail

Ulice

Č.p.

PSČ

Obec

Všeobecné údaje

Pojistné uhrazeno

dne

2 0

ve výši

Kč

Datum zrušení cesty / Datum
přerušení zaplacených služeb

dne

2 0

Jména pojištěných osob,
které stornovali cestu
/ Jméno pojištěné osoby, která
nevyužila zaplacené služby

Důvod storna / Nevyužití
zaplacených služeb

Zpráva ošetřujícího lékaře
(datum onemocnění/úrazu,
diagnóza...)

S uvedeným onemocněním
jste se léčili/a již dříve?

ano

ne

pokud ano, kdy /rok

Vyplňuje pojištěná osoba,

Termín zájezdu od

2 0

do

2 0

země

Cena zájezdu

Kč

Uhradil/a jsem CK

Kč

Cestovní kancelář vrátila částku

Kč

Dne

2 0

Výše nákladů, které stornem/nevyužitím
služeb vznikly pojištěnému

Kč

Skipasu od

2 0

do

2 0

Cena skipasu

Kč

Pojistné plnění poukažte na
nebo na adresu

č. účtu

kód banky

spec. symbol

K oznámení přiložte:

- potvrzení lékaře o onemocnění s uvedením diagnózy
- kopii dokladu o úhradě zájezdu a pojistného
- příp. ověřenou kopii úmrtního listu

- kopii cestovní smlouvy
- kopie objednaných a zaplacených služeb
- úřední zprávu



Požadovanou variantu zakřížkujte!

Podpisem potvrzuji, že jsem všechny dotazy odpověděl/a úplně a pravdivě a jsem si vědom/a důsledků hrubě zkreslených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčeni pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti. Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven pro potřeby šetření škodné události. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

V

dne

Podpis pojištěného

Cestovní kancelář potvrzuje, že uvedené údaje jsou pravdivé a že již nebylo možno zajistit náhradníka, event. dohodnout storno se zahraničním partnerem bez náhrady.

EU 5094/3

V

dne

Razítko a podpis cestovní kanceláře