

Oznámení škodné události

Číslo
škodné
události

| |
|--|
| |
|--|

Cestovní pojištění a asistenční služby

Pojištění stornovacích poplatků

Doručeno:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Číslo pojistné smlouvy | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------|--|--|--|-----|--|--|--|
| 1. Příjmení a jméno pojištěného | | | | | | | | | | | | Žena | | | | Muž | | | |
| 2. Datum narození | | | | | | | | | | | | Rodné číslo | | | | / | | | |
| 3. Bydliště pojištěného | | | | | | | | | | | | PSČ | | | | | | | |
| 4. Kontaktní adresa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Kontaktní telefon | | | | | | | | | | | | E-mail | | | | | | | |
| 6. Povolání | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Jméno kontaktní osoby / zák. zástupce u dítěte | | | | | | | | | | | | Telefon | | | | | | | |
| 8. Adresa | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----------------|--|--|--|------|--|--|--|-------------------------|--|--|--|------------------|--|--|--|------|--|--|--|
| 9. Datum zrušení zájezdu | | | | | | | | | | | | Destinace | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Příjmení a jméno osoby, kvůli níž se ruší cesta | | | | | | | | | | | | Datum narození | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 11. Příčina zrušení cesty | | | | | | | | | | | | nemoc | | | | úraz | | | | úmrtí | | | | škoda na majetku | | | | Jiná | | | |
| 12. Výše stornopoplatku | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Máte sjednáno další pojištění stornovacích poplatků | | | | | | | | | | | | ANO | | | | NE | | | | Název pojišťovny, banky | | | | | | | | | | | |
| 14. Uplatňujete tuto škodu u jiné instituce | | | | | | | | | | | | ANO | | | | NE | | | | Název instituce | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--|--|--|--------|--|--|--|-------------|--|--|--|--------------------|--|--|--|
| 15. Datum zaplacení zájezdu | | | | | | | | | | | | – záloha | | | | částka | | | | V hotovosti | | | | Bankovním převodem | | | |
| | | | | | | | | | | | | – doplatek | | | | částka | | | | V hotovosti | | | | Bankovním převodem | | | |
| 16. Celková cena zájezdu | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. Datum zrušení zájezdu | | | | | | | | | | | | Datum hospitalizace, ošetření | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. Jména osob rušících cestu | | | | | | | | | | | | uveďte vztah k osobě uplatňující nárok na pojistné plnění | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | |
|-----------|---------------------------|----------------------------|-----------------------------|
| Příkládám | Cestovní smlouva | Doklad o zaplacení zájezdu | Stornofaktura |
| | Průkaz prac. neschopnosti | Policejní protokol | Kopie úmrtního listu |
| | Jiný účetní doklad | Zpráva o ošetření | Propouštěcí lékařská zpráva |
| | Kopie rodného listu | Kopie oddacího listu | |

Dle Všeobecných pojistných podmínek pro cestovní pojištění je pojištěný povinen na žádost pojistitele zajistit na vlastní náklady úřední překlad dokladů nezbytných k šetření pojistné události.

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování škodných událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal i jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od policie, soudu apod.). Beru na vědomí, že pojistitel je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

Pojistné plnění poukažte na

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|-------------------|--|--------------------|--|--|-------|---|--|--|--------|--|--|--|--|
| Příjmení a jméno | Rodné číslo | | | | | | | / | | | | | | | |
| Adresa | | | | | | | | | | | PSČ | | | | |
| Korunový účet | Kód banky | Specifický symbol | | | | | | | | | | | | | |
| Zahraniční účet – název a adresa banky | | | | | | | | | | | | | | | |
| IBAN | | | | | | | SWIFT | | | | | | | | |
| V | dne | | | Podpis pojištěného | | | | | | | | | | | |
| Jméno a podpis zákonného zástupce u dětí / pojistníka | | | | | | | | | | | | | | | |
| Souhlas ostatních osob rušících zájezd s poukázáním pojistného plnění na výše uvedený účet / adresu | | | | | | | | | | | | | | | |
| Jméno a příjmení | | | | | | | | | | | Podpis | | | | |
| Jméno a příjmení | | | | | | | | | | | Podpis | | | | |
| Jméno a příjmení | | | | | | | | | | | Podpis | | | | |

Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře

(ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval pojištěného, a zjistil tělesná poškození a/nebo zdravotní újmy tohoto druhu a rozsahu)

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-----|--|----|---|-----------------------------|--|----|----------------|------------------|----|
| 1. Jméno a příjmení pacienta | | | | | | | | | | | Datum narození | | |
| 2. Jméno a příjmení ošetřujícího lékaře | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Adresa ošetřujícího lékaře | | | | | | | | | | | Telefon | | |
| 4. Jste stálým lékařem pojištěného | | | | ANO | | NE | | Odkdy | | | | | |
| 5. Datum počátku onemocnění/úrazu | | | | . | | . | | | | | | | |
| 6. Hospitalizace | | | | ANO | | NE | | od | | do | | Kde | |
| 7. Diagnóza / důvod zrušení cesty | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Datum kdy jste doporučil zrušit cestu | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Popis onemocnění / úrazu | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Plánovaný výkon | | | | ANO | | NE | | Popis | | | | | |
| 11. Těhotenství | | | | ANO | | NE | | Předpokládaný termín porodu | | | | | |
| 12. Způsob léčby | | | | | | | | | | | | | |
| 13. Předpokládaná doba léčení | | | | | | | | | | | | | |
| 14. Měl pacient již dříve potíže, které jsou nyní důvodem zrušení cesty | | | | | | | | | | | ANO | | NE |
| Jaké | | | | | | | | | | | | | |
| 15. Byl pacient v prac. neschopnosti (PN) | | | | ANO | | NE | | od | | do | | Číslo dokladu PN | |
| 16. Jiná onemocnění / datum diagnostikování | | | | | | | | | | | | | |
| V | | | | dne | | | Razítko a podpis ošetřujícího lékaře | | | | | | |
| Souhlasím s tím, aby ošetřující lékař odpověděl na dotazy Allianz pojišťovny o zdravotních potížích, které jsou důvodem zrušení cesty | | | | | | | | | | | | | |
| V | | | | dne | | | Podpis pojištěného / zákonného zástupce | | | | | | |