

# OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI

z pojištění storno cesty, nevyužitě dovolené a zpoždění letu

Nárokujete pojistné plnění z pojištění:  storno cesty  nevyužitě dovolené  zpoždění letu

<b>INFORMACE O POJIŠTĚNÉM</b>		<b>ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:</b>	<input type="text"/>
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 (zrušení / přerušování cesty, zpoždění letu):	
Stát škodné události:	
Jméno a příjmení osoby, kvůli které je zrušení cesty uplatňováno (vyplňte, pokud není shodné s pojištěným); vztah k pojištěnému:	
Popište prosím důvod zrušení cesty:	
Jste současně pojištěni na stejné riziko jinou pojistnou smlouvou (např. z platební karty)? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne Pokud ano, uveďte jaké:	
Oznámil jste škodnou událost asistenční službě? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Trpěl jste se 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:	

## 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 ZPOŽDĚNÍ 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, prosíme, pošlete na adresu AXA ASSISTANCE, Kodaňská 25, 101 00 Praha 10, Česká republika