



# Oznámení škodní události



## z Pojištění storna cesty, nevyužitě dovolené a cestování letadlem

Pojistné plnění nárokujete z pojištění:

storna cesty

nevyužitě dovolené

cestování letadlem

### Informace o pojištěném

### Číslo pojistné smlouvy

Příjmení:	Jméno:
Datum narození:	
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte korespondenční adresu):	PSČ:
Telefon:	E-mail:

### Údaje o škodní události

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

Datum škodní události (storno/ přerušení cesty, zpoždění/ zrušení letu, zpoždění zavazadel):	
Máte současně jiné cestovní pojištění (např. k platební kartě)? Pokud ano, u jaké společnosti:	Ano      Ne

### Pojištění storno cesty

Popište důvod zrušení cesty:	
Jméno a příjmení osoby, kvůli které je nárok na pojistné plnění uplatňován (vztah k pojištěnému):	
Uveďte jméno, adresu a telefon Vašeho ošetřujícího lékaře (praktický lékař nebo specialista - např. kardiolog, gynekolog, zubař):	
Trpěl/a jste vy nebo osoba, kvůli které je uplatňován nárok na pojistné plnění uvedeným onemocněním.	Ano      Ne
Datum plánovaného odjezdu:	Datum plánovaného návratu:
Za cestu a ubytování uhrazeno:	Datum úhrady:
Za již uhrazené služby vráceno (např. od cestovní kanceláře):	Nevratné náklady:

### Pojištění nevyužitě dovolené/ předčasného návratu

Země pobytu:	Datum předčasného odjezdu ze zahraničí:
Datum ošetření / hospitalizace:	Datum návratu:

### Pojištění cestování letadlem

V případě zpoždění/ zrušení letu uveďte:	
Čas plánovaného odletu:	Čas skutečného odletu:
V případě zpoždění zavazadel uveďte celkovou dobu čekání na zavazadla po příletu:	
Obdržel/a jste kompenzaci od letecké společnosti? Pokud ano, specifikujte kompenzaci (např. občerstvení, ubytování atp.) a její výši.	Ano      Ne

U políček s možností volby označte zvolenou variantu.

## Žádám o proplacení těchto výdajů

Stornopoplatky za cestu a ubytování
Kompenzace za nevyužitou dovolenou
Náklady na zpáteční cestu z důvodu předčasného návratu
Hygienické potřeby, občerstvení a oblečení
Ostatní

Ke každé částce doložte příslušný doklad. Stačí kopie, originály si uchovejte.

## Údaje pro zaslání pojistného plnění pojištěnému

Pojistné plnění si přeji zaslat:

Bankovním převodem na korunový bankovní účet číslo:	Kód banky:
---	------------

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášené škodní události vyplnil/a pouze toto oznámení škodní 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 škodní 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 škodní události vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

**Vyplněné hlášení zašlete na e-mail [claims.travel@axa-assistance.cz](mailto:claims.travel@axa-assistance.cz)**

U políček s možností volby označte zvolenou variantu.