

OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI

z Pojištění storna cesty, nevyužitě dovolené a zpoždění letu při cestách do zahraničí

Pojistné plnění nárokujete z pojištění: storna cesty nevyužitě dovolené cestování letadlem

INFORMACE O POJIŠTĚNÉM		ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:	
Datum platnosti pojištění od:		do:	
Příjmení:		Jméno:	
Titul:	Datum narození:	Rodné číslo:	
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte 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 / přerušení cesty, zpoždění / zrušení letu):		
Stát škodné události:		
Jméno a příjmení osoby, kvůli které je nárok na pojistné plnění uplatňován (vyplňte, pokud není shodné s pojištěným); vztah k pojištěnému:		
Popište důvod zrušení cesty:		
Máte současně jiné cestovní pojištění (např. k platební kartě)? Pokud ano, u jaké společnosti:	Ano	Ne
Oznámil jste škodnou událost asistenční službě?	Ano	Ne
Trpěl/a jste před počátkem pojištění uvedeným onemocněním?	Ano	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:	individuální	s cestovní kanceláří
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 (uvedte jméno, příjmení a rodné číslo):		
V	dne	Razítko cestovní kanceláře a podpis jejího zástupce:

POJIŠTĚNÍ NEVYUŽITÉ DOVOLENÉ

Země pobytu:	Datum odjezdu:	Datum návratu:
Datum ošetření / hospitalizace:		

POJIŠTĚNÍ CESTOVÁNÍ LETADLEM

Letecká společnost:	Datum letu:	Číslo letu:
Čas plánovaného odletu:	Čas skutečného odletu:	
Obdržel/a jste kompenzaci od letecké společnosti?	Ano	Ne
Pokud ano, specifikujte kompenzaci (např. občerstvení, ubytování atp.) a její výši.		

VÝŠI VZNIKLÉ ŠKODY PROKAZUJI TĚMITO DOKLADY

cestovní smlouva	doklady o platbě zájezdu, cesty, ubytování aj.
lékařská dokumentace	potvrzení o vyměřených stornopoplatcích
nevyužitá cestovní doklady	doklady o vrácené částce
letenka	potvrzení letecké společnosti o zpoždění letu
výdaje na stravu a občerstvení	jiný doklad:

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění si přejete zaslat:

Poštovní poukázkou na adresu:	PSČ:	
Bankovním převodem na korunový bankovní účet vedený u banky:		
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 zproštují 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 pojišoven.

Počet listů příloh, které přikládám:

V	dne
Podpis pojištěného nebo oprávněného zástupce	

Vyplněné hlášení zašlete na e-mail claims.travel@axa-assistance.cz, případně poštou na adresu AXA ASSISTANCE, Hvězdova 1689/2a, 140 00 Praha 4, Česká republika