



UNIQA pojišťovna, a.s.  
Zapsána u Městského soudu v Praze,  
oddíl B, č. vložky 2012.  
Evropská 136, 160 12 Praha 6  
IČ: 49240480  
Tel.: +420 488 125 125

## Cestovní pojištění Storno cesty Náhrada dovolené

## Oznámení o škodě

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

### Cestovní kancelář

Název cestovní kanceláře

### Pojištěný

Příjmení

Jméno

Titul

Rodné číslo

Telefon (8 - 17 hodin)

E-mail

Ulice

Č.p.

PSC

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 léčil/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

Skipas od    2 0 do    2 0 Cena skipasu  Kč

Pojistné plnění poukážete na

č. účtu  kód banky  spec. symbol

nebo na adresu

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!

Podpísem potvrzuji, že jsem všechny dotazy odpověděl/a úplně a pravdivě a jsem si vědom/a důsledků hrubě zkršených 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 zproštluji 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.

v  dne

Razítko a podpis cestovní kanceláře