

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

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Cestovní kancelář

Název cestovní kanceláře	
--------------------------	--

Pojištěný

Příjmení				Jméno					
Titul				Rodné číslo		Telefon (8 - 17 hodin)		E-mail @	
Ulice		Č.p.			PSČ		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 nevyžila zaplacené služby							
---	--	--	--	--	--	--	--

Důvod storna / Nevyžití 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/nevyžitím služeb vznikly pojištěnému											

Skípas od			2	0	do			2	0	Cena skípasu		Kč
-----------	--	--	---	---	----	--	--	---	---	--------------	--	----

Pojistné plnění poukažte na nebo na adresu	č. účtu		kód banky		spec. symbol	
--	---------	--	-----------	--	--------------	--

- 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!

Podpisem potvrzuji, že jsem všechny dotazy odpověděl/a úplně a pravdivě a jsem si vědom/a důsledků hrubě zkeslených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčení pro potřeby setření škodné události a zprošťují lékaře slibu mlčenlivosti. Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven pro potřeby setření 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 _____