

Hlášení škody

Pojištění záruky pro případ úpadku cestovní kanceláře

Formulář hlášení nám, prosím, zašlete na emailovou adresu skody@ERVpojistovna.cz. Pokud jej vyplňujete ručně, použijte tiskací písmo. Děkujeme.

Údaje o cestujícím (osobě vyplňující hlášení)

Jméno a příjmení		Rodné číslo	
Kontaktní adresa vč. PSČ			
E-mail		Kontaktní telefon	

Další cestující ze stejné smlouvy o zájezdu

Jméno a příjmení		Rodné číslo	
Jméno a příjmení		Rodné číslo	
Jméno a příjmení		Rodné číslo	
Jméno a příjmení		Rodné číslo	

Údaje o zájezdu

Cestovní kancelář (organizátor zájezdu)			
Země pobytu (v případě poznávacího zájezdu alespoň jedna)			
Plánované datum odjezdu		Sjednaný druh dopravy	
Plánované datum návratu		Sjednaný druh stravování	
Výše uhrazené zálohy/ceny zájezdu vč. měny			

Dodatečné výdaje, které jste zaplatili při úpadku CK během zahraničního pobytu

Náhradní ubytování	Místo		Od-do	
	Cena vč. měny		Datum úhrady	
Náhradní stravování	Způsob		Od-do	
	Cena vč. měny		Datum úhrady	
Doprava při návratu	Druh		Datum návratu	
	Cena vč. měny		Datum úhrady	
Jiné výdaje	Popis			
	Výše vč. měny		Datum úhrady	
Dodatečné výdaje celkem	Výše vč. měny			

Hradila za Vás některé další dodatečné výdaje asistenční služba?

ano
ne

Pojistné plnění

Jméno a příjmení příjemce	Adresa
Název banky, kam chcete poslat pojistné plnění	
Číslo účtu	Kód banky
IBAN (pro platby do zahraničí)	SWIFT

Doklady související se škodou

- smlouva o zájezdu
- doklady o všech platbách, za něž požadujete náhradu
- doklady o platbě zájezdu

Originály přiložte k vyplněnému hlášení škody. V rámci šetření si můžeme vyžádat další doklady.

Prohlášení

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na Vaše písemné dotazy uvedené v dotazníku jsou pravdivé a úplné, a že jsem nezamlčel/a žádnou skutečnost, která by mohla mít vliv zejména na šetření škodní události, stanovení výše pojistného plnění či stanovení pojistného. Jsem si vědom/a toho, že v případě nepravdivých a neúplných odpovědí můžete ve smyslu § 2808 a 2809 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, od pojistné smlouvy (bude-li uzavřena) odstoupit nebo odmítnout pojistné plnění. Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých, neúplných a zkreslených údajů se vystavuji nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (§ 210 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník).

Souhlasím, abyste si vyžádali veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčení pro potřeby úpisu rizika a šetření škodní události a zproštluji 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, abyste si pro potřeby šetření škodní události mohli vyžádat potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

Tyto souhlasy uděluji za účelem uzavření pojistné smlouvy a na celou dobu existence závazků z ní vyplývajících nebo s ní souvisejících.

Souhlasím se zpracováním mého rodného čísla, které jsem poskytl/a v souvislosti s plněním práv a povinností vyplývajících z pojištění, a to zejména za účelem likvidace škodní události a zjištění případného vícenásobného pojištění. Tento souhlas uděluji na celou dobu existence závazků vyplývajících z pojistné smlouvy nebo s ní souvisejících.

Jméno pojištěného (osoby vyplňující hlášení)	Vlastnoruční podpis (pouze u ručního vyplnění)	Datum