

Pojistná událost č.:

ŠKODNÍ PROTOKOL - POJIŠTĚNÍ ZÁRUKY PRO PŘÍPAD ÚPADKU CESTOVNÍ KANCELÁŘE

Osobní informace	
Příjmení:	Kontaktní adresa:
Jméno:	
Rodné číslo:	
Datum narození:	PSČ:
Kontaktní telefon:	
E-mail:	

Údaje o pojištění	Údaje o cestě
Číslo pojistky:	Cestovní kancelář:
Plánované datum odjezdu:	Země pobytu:
Plánované datum návratu:	Místo pobytu:
Datum rezervace zájezdu:	Datum úhrady zálohy:
Sjednaný druh dopravy:	Datum úhrady doplatku:
Sjednaný druh stravování:	Počet osob ve smlouvě:

Jména všech pojištěných:	Rodné číslo:	Adresa:	Telefon:

Doklady související se škodní událostí (originály předejte spolu s vyplněným škodním protokolem):		
<input type="checkbox"/> smlouva o zájezdu	<input type="checkbox"/> doklady o všech platbách za něž požadujete náhradu	<input type="checkbox"/> doklady o platbě zájezdu
<input type="checkbox"/> nevyužité cestovní doklady		

Pozn.: Pojišťovna si může v rámci šetření vyžádat další doklady.

Výdaje při úpadku CK během zahraničního pobytu

Náhradní ubytování	místo	Doba ubytování	od	do
Cena náhr. ubytování	měna	Datum úhrady	den	měsíc rok
Plátce náhr. ubytování		Příjemce úhrady		

Náhradní stravování	způsob	Doba stravování	od	do
Cena stravování	měna	Datum úhrady	den	měsíc rok
Plátce stravování		Příjemce platby		

Doprava při návratu	druh	Datum návratu	den	měsíc rok
Cena dopravy	měna	Datum úhrady	den	měsíc rok
Plátce dopravy		Příjemce platby		

Jiné dodatečné výdaje	popis	Datum vynaložení	den	měsíc rok
Výše dodatečných výdajů	měna	datum úhrady	den	měsíc rok
Plátce dodatečných výdajů		Příjemce platby		

Příjemce pojistného plnění:	Jméno:	Adresa:
-----------------------------	--------	---------

Požadovaná forma úhrady:	<input type="checkbox"/> Bankovním převodem	<input type="checkbox"/> Poštovní poukázkou
Název banky, kam chcete poslat pojistné plnění:		
Číslo účtu:	Kód banky:	
BAN (pro platby do zahraničí):	SWIFT:	

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 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, 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 (vyplňte tiskacím písmem)	Vlastnoruční podpis	Místo a datum