

Toto oznámení o škodné události je určeno pro zákazníky, kterým vznikla újma v důsledku úpadku cestovní kanceláře (zák. č. 159/1999 Sb., v platném znění)

Číslo ŠU

## Oznámení o škodné události Pojištění záruky pro případ úpadku cestovní kanceláře

### Osobní údaje pojištěných

<b>Jméno a příjmení</b>	Rodné číslo (u cizince datum narození)
Kontaktní adresa: ulice	č.p. PSČ místo
Kontaktní e-mail	Kontaktní telefon

### Jména všech pojištěných (dle cestovní smlouvy)

<b>Jméno a příjmení</b>	Rodné číslo (u cizince datum narození)
Kontaktní adresa	Podpis
<b>Jméno a příjmení</b>	Rodné číslo (u cizince datum narození)
Kontaktní adresa	Podpis
<b>Jméno a příjmení</b>	Rodné číslo (u cizince datum narození)
Kontaktní adresa	Podpis
<b>Jméno a příjmení</b>	Rodné číslo (u cizince datum narození)
Kontaktní adresa	Podpis
<b>Jméno a příjmení</b>	Rodné číslo (u cizince datum narození)
Kontaktní adresa	Podpis

### Údaje o zájezdu

<b>Cestovní smlouva č.</b>	Organizátor zájezdu (název CK)	IČ:
Místo zakoupení zájezdu	Datum rezervace zájezdu (den/měsíc/rok)	
<b>Zájezd kam</b> (místo pobytu)	Sjednaný druh dopravy	
Ubytovací zařízení	Sjednaný druh stravování	
<b>Plánované datum odjezdu</b> (den/měsíc/rok)	<b>Plánované datum návratu</b> (den/měsíc/rok)	
Výše uhrazené zálohy (Kč)	<b>Datum úhrady zálohy</b> (den/měsíc/rok)	
Výše uhrazeného doplatku (Kč)	<b>Datum úhrady doplatku</b> (den/měsíc/rok)	
<b>Cena zájezdu celkem</b> (Kč)	Počet osob v cestovní smlouvě	
Máte uzavřeno další pojištění pro toto pojištění nebezpečí u jiného pojistitele? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		

**Výdaje při úpadku CK během zahraničního pobytu**

<b>Náhradní ubytování</b> místo	Doba ubytování od	do
Cena náhr. ubytování	měna	Počet nocí strávených v náhradním ubytování
Plátce náhradního ubytování	Datum úhrady (den/měsíc/rok)	
	Příjemce platby	

<b>Náhradní stravování</b> způsob	Doba náhr. stravování od (den/měsíc/rok)	do (den/měsíc/rok)
Cena náhr. stravování	měna	Datum úhrady (den/měsíc/rok)
Plátce náhradního stravování	Příjemce platby	

<b>Doprava při návratu</b> druh	Datum návratu (den/měsíc/rok)
Cena dopravy	měna Datum úhrady (den/měsíc/rok)
Plátce dopravy	Příjemce platby

<b>Jiné dodatečné výdaje</b> popis	Datum vynaložení (den/měsíc/rok)
Výše dodatečných výdajů	měna Datum úhrady (den/měsíc/rok)
Plátce dodatečných výdajů	Příjemce platby

Je výše škody konečná?  ANO  NE

**Příjemce pojistného plnění**

<b>Jméno a příjmení</b>	Rodné číslo (u cizince datum narození)		
Kontaktní adresa: ulice	č.p.	PSC	místo
Požadovaná forma úhrady <input type="checkbox"/> složenkou <input type="checkbox"/> bankovním převodem	Název banky		
Na bankovní účet číslo	Specifický symbol		

**Abychom vám mohli poskytnout pojistné plnění, PŘILOŽTE k protokolu DOKLADY prokazující újmu** (pro kontrolu doručených dokumentů zaškrtněte kolonky u dokumentů, které předáváte společně s hlášením škodné události):

- Cestovní smlouvu uzavřenou s CK  Účetní doklad o zaplacení **zálohy** zájezdu nebo zaplacení **celého** zájezdu
- Účetní doklady o **VŠECH** platbách spojených se škodnou událostí, za něž požadujete náhradu (výdaj na nezbytné náhradní ubytování v zahraničí, výdaje na zpáteční cestu do ČR, pokud jste při návratu do ČR nevyužili služeb asistenční služby)
- V případě, že účastníkem cestovní smlouvy bude více než 5 osob, přikládá se k oznámení o škodné události jejich seznam na zvláštním listu papíru. U těchto osob je vždy uvedeno jejich jméno a příjmení, kontaktní adresa, rodné číslo a podpis.

*Prohlašuji, že veškeré údaje jsou pravdivé a že jsem nezamlčel(a) žádnou skutečnost, která by měla vliv na šetření újmy a stanovení výše plnění. Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých a zkreslených údajů se vystavuji nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (ve znění § 210 zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákoníku, v platném znění). Souhlasím, aby Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, zpracovávala dle zákona v souladu s ust. § 5 odst. 5 a § 9 písm. a) zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění o ochraně osobních údajů mé osobní údaje, které získala v souvislosti s plněním práv a povinností vyplývajících z pojištění. Tento souhlas uděluji na celou dobu existence závazků vyplývajících z pojistné smlouvy nebo s ní souvisejících.*

Jméno osoby požadující  
pojistné plnění (čitelně)

Vlastnoruční podpis

Datum odeslání  
(den/měsíc/rok)

Toto řádně vyplněné oznámení škodné události spolu s požadovanými doklady zašlete obratem na adresu:  
**ČESKÁ PODNIKATELSKÁ POJIŠŤOVNA, a. s., P.O.BOX 28, 664 42, Modřice**