



(prezentační razítko)

Oznámení škodné události z cestovního pojištění

Vyplněné oznámení škodné události, včetně dokladů zašlete na adresu:
Česká podnikatelská pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
P.O.BOX 28, 664 42, Modřice

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> pojištění zavazadel | <input type="checkbox"/> pojištění úrazu |
| <input type="checkbox"/> pojištění odpovědnosti | <input type="checkbox"/> pojištění storna cesty |

Pojistná smlouva číslo: Škodná událost číslo:

(vyplní pojišťovna)

Sjednána dne: Platnost od: do:

Místo sjednání pojištění:

(vždy vyplnit)

Jméno a příjmení pojištěného: titul:

popř. zákonný zástupce (jméno, příjmení, adresa):

rodné číslo (u cizince datum narození): tel.: e-mail:

ulice a č.p.: PSČ a bydliště (pošta):

Informace o cestě:

Země pobytu: cestovní kancelář:

Kde bylo pojištění sjednáno:

Zájezd objednaný dne: záloha zaplacená dne: pobyt od: do:

Datum úhrady celkové ceny zájezdu:

doprava: letadlo bus vlak auto jiná

Podrobný popis škodné události (kdy a za jakých okolností k ní došlo):

Část I. – Pojištění zavazadel

Datum vzniku škodné události: hodina: místo škodné události: stát:

Stav navrácených zavazadel: poškození zničení ztráta odcizení

Kde byly věci uloženy při odcizení z auta:

Jaké překážky pachatel překonal:

Seznam poškozených, zničených, ztracených a odcizených věcí uveďte na straně 4.

Část II. – Pojištění odpovědnosti

Datum ŠU hodina místo ŠU stát:

Pojištěný (ten, kdo vznik škodní události zapříčinil), jméno:

adresa:

R.Č.: tel.: u občanů rodinný vztah k pojištěnému:

Poškozený jméno (název firmy):

adresa:

R.Č. nebo IČO: tel.: u občanů rodinný vztah k pojištěnému:

Žije s Vámi ve společné domácnosti? ANO NE

Byla-li újma způsobena nezletilým nebo osobou, která není schopna posoudit následky svého jednání, uveďte fyzickou nebo právnickou osobu, která byla povinna vykonávat nad nimi v době vzniku škody dohled:

jméno (název firmy):

adresa:

Nárok poškozeného – náhrada byla žádána:

kým (přesné jméno, název firmy, adresa):

od koho: kdy (datum, způsob, příp. doložte písemný doklad):

v jaké výši (Kč): považujete požadavek za oprávněný ANO NE, důvod:

Byla újma Vámi uhrazena (v jaké výši) ANO NE, Kč nebo vyřízena jinou formou (jakou): ..

Má poškozený sjednáno vlastní pojištění majetku ANO NE (u kterého pojistitele):

Při újmě na zdraví (adresa zdravotního zařízení, kde byl poškozený ošetřen nebo léčen):

Rozsah poranění (v případě smrti označení osob vypravujících pohřeb a osob odkázaných na poškozeného výživou – jméno, rodinný vztah, přesná adresa):

(případné nákresy uveďte na samostatné příloze)

Část III. – Pojištění úrazu

Datum ŠU hodina místo ŠU stát:

Která část těla byla poraněna:

Adresa zdravotnického zařízení:

a) které Vám poskytlo první ošetření úrazu:

b) ve kterém byl Váš úraz léčen:

Jste registrovaný sportovec? ANO NE, pokud ano, pro který sport

v jaké soutěži?

Stal se úraz při sportovní nebo tělovýchovné činnosti? ANO NE, pokud ano, uveďte zda byla organizována a kým?

Došlo-li k úrazu při dopravě motorovým vozidlem, uveďte jeho SPZ, jméno a adresu vlastníka vozidla:

(k tomuto sdělení připojte lékařskou zprávu)

Část IV. – Pojištění storna cesty

identifikace služby (č. zájezdu, letenky apod.): termín od: do:

důvod zrušení služby:

datum vzniku důvodu: datum zrušení služby:

jména osob rušících službu a jejich rodinný vztah:

(pokud byla důvodem storna cesty nemoc, doložte vyplněné lékařské potvrzení viz. strana 4)

Vyplní poskytovatel služby

služba objednána dne:
 cena služby za osobu:
 rozepsání cen služby u více osob:

uhrazená částka:
 datum zrušení služby:
 procento stornoplatku (% z ceny služby):
 poskytovatelem služby vrácena pojištěnému částka ve výši Kč (doložit výdajovým dokladem)

jména, příjmení a rodná čísla osob rušících objednanou službu	výše stornoplatku za osobu
celková výše stornoplatku v Kč:	

(K hlášení ŠU připojte kopii dokladu objednané služby – smlouva o zájezdu, cestovní voucher, letenky, jízdenky, smlouva na ubytování apod.)

V dne
.....
 razítko cestovní kanceláře

(vždy vyplnit)

Plnění zaslat na:

Adresu: (jméno, příjmení, titul, popř. název firmy)
 (obec, ulice, č.p.) PSČ

Účet číslo:

Pojištěný prohlašuje, že na všechny otázky bylo zodpovězeno pravdivě a nic nebylo zamlčeno. Pojištěný souhlasí s tím, aby si pojišťovna vyžádala údaje o léčení a zdravotním stavu od ošetřujících lékařů a zařízení. Pojištěný souhlasí s tím, aby za něho případnou škodnou událost a všechny z ní vzniklé události s poškozeným projednal a bude-li to v souladu s právními předpisy újmu za něj poškozenému uhradil. Jsem si vědom(a) následku nesprávných odpovědí, které by mohly být důvodem k odmítnutí nebo snížení pojistného plnění pojistitelem. Prohlašuji, že jsem nárok na plnění za vzniklou újmu neuplatnil/a u žádného dalšího pojistitele. 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.

V dne
.....
 podpis (razítko) pojištěného

Seznam ostatních poškozených, zničených, ztracených a odcizených věcí:
(k tomuto seznamu přiložte nabývací doklady)

Popis věci (značka)	Rozsah škody	Majitel věci	Pořizovací cena	Datum pořízení věci nebo stáří věci

Seznam ostatních poškozených, zničených, ztracených a odcizených věcí:
(k tomuto seznamu přiložte nabývací doklady) – POKRAČOVÁNÍ

Popis věci (značka)	Rozsah škody	Majitel věci	Pořizovací cena	Datum pořízení věci nebo stáří věci

Potvrzení ošetřujícího lékaře

• Jméno a příjmení:

• Rodné číslo u cizince datum narození:

• Kdy začaly zdravotní potíže pojištěné osoby nebo jeho nejbližšího příbuzného? (uveďte datum)

• Kdy jste byl(a) seznámen(a) s tím, že výše uvedená(ý) má čerpat objednanou službu s počátkem od:

• Bylo zřejmé již dne (viz výše – vznik zdravotních potíží), že onemocnění výše uvedené(ho) bude dlouhodobého charakteru, a že tudíž nebude moci čerpat objednanou službu ve dnech ?

ANO NE (správnou odpověď zakřížkujte)

• Objednanou službu jste doporučil(a) zrušit dne:

• O jaký druh onemocnění popř. diagnózu se jednalo? (se souhlasem pacienta můžete uvést)

.....

.....

• Měl pacient již dříve tyto zdravotní potíže, jež jsou důvodem pro zrušení objednané služby:

ANO NE (odpověď zakřížkujte)

• Pokud ano, kdy?

• Zda se jednalo o onemocnění akutní, chronické, akutní vzplanutí choroby nebo pouze o zhoršení zdravotního stavu známého již před sjednáním objednané služby dne?

.....

• Mohla se léčba předpokládat již při sjednání objednané služby dne?

• Kdy bylo (bude) ukončeno výše uvedené onemocnění? (uveďte datum)

)* Při rizikovém těhotenství
V jakém měsíci gravidity je pojištěná osoba?

V dne

.....
podpis a razítko ošetřujícího lékaře

)* vyplňte, pokud se týká jen daného případu