

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

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

Jména všech pojištěných (dle cestovní smlouvy)

Jméno a příjmení	Rodné číslo (u cizince datum narození)
Kontaktní adresa	Podpis
Jméno a příjmení	Rodné číslo (u cizince datum narození)
Kontaktní adresa	Podpis
Jméno a příjmení	Rodné číslo (u cizince datum narození)
Kontaktní adresa	Podpis
Jméno a příjmení	Rodné číslo (u cizince datum narození)
Kontaktní adresa	Podpis
Jméno a příjmení	Rodné číslo (u cizince datum narození)
Kontaktní adresa	Podpis

Údaje o zájezdu

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

Výdaje při úpadku CK během zahraničního pobytu

Náhradní ubytování 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	

Náhradní stravování 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	

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

Je výše škody konečná? ANO NE

Příjemce pojistného plnění

Jméno a příjmení	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