



Oznámení škodné události

Otisk razítka, datum a podpis příjemce oznámení

- Nárokujete pojistné plnění z pojištění:
- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> osobních věcí | <input type="checkbox"/> odpovědnosti | | | |
| <input type="checkbox"/> zapůjčení sportovního vybavení | <input type="checkbox"/> stornovacích poplatků | <input type="checkbox"/> cestovních dokladů | <input type="checkbox"/> zásahu horské záchranné služby | |
| <input type="checkbox"/> zimního sportovního vybavení | <input type="checkbox"/> zpoždění / zmeškání
dopravního prostředku | <input type="checkbox"/> zpoždění zavazadel | <input type="checkbox"/> golfového vybavení | <input type="checkbox"/> poplatku GREEN FEE |

INFORMACE O POJIŠTĚNÉM

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:

Datum platnosti pojištění od:	do:		
Příjmení:	Jméno:		
Titul:	Datum narození:	Rodné číslo:	/
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):			
PSC:			
Telefon:	E-mail:		
Název a kód zdravotní pojišťovny v ČR:			

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE/ OPATROVNÍK POJIŠTĚNÉHO

Příjmení:	Jméno:	Titul:	
Telefon:	Vztah k pojištěnému:	Rodné číslo:	/
Korespondenční adresa:			

ÚDAJE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI

(nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)

Datum škodné události:	Místo:	Stát:	
Jste současně pojištěn na stejné riziko jinou pojistnou smlouvou (např. z platební karty)?			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte jaké:			
Oznámil jste škodnou událost asistenční službě?			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Došlo ke škodné události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Byla škodná událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu.			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Vznikla škoda cizím zaviněním? Pokud ano, uveďte podrobnější informace.			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Vznikla škoda při dopravní nehodě? Pokud ano, uveďte číslo jednací:			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne

POJIŠTĚNÍ OSOBNÍCH VĚCÍ, CESTOVNÍCH DOKLADŮ, GOLFOVÉHO VYBAVENÍ, ZIMNÍHO SPORTOVNÍHO VYBAVENÍ, ZAPŮJČENÍ SPORTOVNÍHO VYBAVENÍ, ZPOŽDĚNÍ ZAVAZADEL

O jaký typ škody se jedná:	<input type="checkbox"/> poškození	<input type="checkbox"/> zničení	<input type="checkbox"/> odcizení	<input type="checkbox"/> zpoždění	<input type="checkbox"/> jiné
Uveďte podrobný popis za jakých okolností došlo ke škodě a uveďte seznam poškozených, zničených, resp. odcizených věcí, jejich datum pořízení a pořizovací cenu, cenu půjčovací, případně pořizovací cenu nezbytných věcí.					
V případě, že škodná událost byla způsobena dopravcem, uveďte jeho název, adresu sídla firmy, příp. IČ a e-mail:					

POJIŠTĚNÍ ZPOŽDĚNÍ NEBO ZMEŠKÁNÍ DOPRAVNÍHO PROSTŘEDKU

O jaký typ škody se jedná:	<input type="checkbox"/> zpoždění	<input type="checkbox"/> zmeškání
Datum a čas plánovaného odjezdu dopravního prostředku:	Skutečný odjezd:	
Uveďte podrobný popis za jakých okolností došlo ke zpoždění / zmeškání dopravního prostředku.		
NÁZEV DOPRAVCE:		
Adresa sídla firmy:		
E-mail:	Telefon:	IČ:

POJIŠTĚNÍ STORNOVACÍCH POPLATKŮ / POJIŠTĚNÍ POPLATKU GREEN FEE

Druh cesty, ze které STORNO POPLATKŮ vzniklo:	<input type="checkbox"/> Turistická	<input type="checkbox"/> Pracovní	<input type="checkbox"/> Uplatňuji POJIŠTĚNÍ POPLATKU GREEN FEE
Datum zájezdu (cesty) / golfové hry od:	do:	Nevrácené náklady:	
Za zájezd (cesta a ubytování) / golfovou hru uhrazeno:		Dne:	
Jméno a příjmení osoby, kvůli které je zrušení zájezdu uplatňováno (vyplňte, pokud není shodné s pojištěným; vztah k pojištěnému):			
Popište prosím důvod zrušení zájezdu / důvod nemožnosti zúčastnit se golfové hry:			

U políček s možností volby zakřížkujte hodící se variantu.

POTVRZENÍ CESTOVNÍ KANCELÁŘE

Název cestovní kanceláře:		IČ:
Adresa:		Telefon:
Zrušení účasti na zájezdu číslo:		Termín konání zájezdu:
Storno cesty bylo nahlášeno dne:		
Vyúčtování storno poplatků bylo provedeno dne:		ve výši:
Spolucestující osoby (jméno, příjmení, rodné číslo):		
V	dne	Razítko cestovní kanceláře a podpis jejího zástupce:

POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI

Informace o poškozené osobě:

 ANO, mám navíc sjednané POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI PLUS

Příjmení:		Jméno:
Titul:	Datum narození / IČO u právnických osob	Název společnosti u právnických osob
Adresa trvalého bydliště / Sídlo společnosti:		PSČ:
Telefon:		E-mail:

O jaký typ škody či újmy se jedná:	<input type="checkbox"/> na zdraví	<input type="checkbox"/> na majetku	<input type="checkbox"/> finanční škoda	<input type="checkbox"/> jiná
Uveďte podrobný popis za jakých okolností ke škodě došlo:				
Jste s poškozeným v příbuzenském vztahu?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne		
Žijete s poškozeným ve společné domácnosti?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne		

POJIŠTĚNÍ ZÁSAHU HORSKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY

Byly náklady na zásah horské záchranné služby uhrazeny?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, přiložte doklad.		
Uveďte podrobný popis za jakých okolností k zásahu došlo:		

VÝŠÍ VZNIKLÉ ŠKODY PROKAZUJI TĚMITO ORIGINÁLY DOKLADŮ

<input type="checkbox"/> Cestovní smlouva	<input type="checkbox"/> Doklady o vrácené částce
<input type="checkbox"/> Lékařská dokumentace	<input type="checkbox"/> Nevyužité cestovní doklady, náhradní cestovní doklady
<input type="checkbox"/> Doklady o platbě zájezdu / doklad o platbě poplatku GREEN FEE	<input type="checkbox"/> Stornofaktura
<input type="checkbox"/> Faktura za zásah horské záchranné služby	<input type="checkbox"/> Doklad o zapůjčení náhradního vybavení
<input type="checkbox"/> Doklad od dopravce o zpoždění zavazadel	<input type="checkbox"/> Jiný doklad:

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukážte:

Poštovní poukázkou na adresu:		PSČ:
Na korunový bankovní účet pojištěného u:		
Číslo účtu:	Kód banky:	Spec.symbol:

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášené škodné události vyplnil/a pouze toto oznámení škodné události a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčení pojištěného pro potřeby šetření škodné 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, aby si pojistitel pro potřeby šetření škodné události vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

Počet listů příloh, které přikládám:

V	dne	Podpis pojištěného nebo zákonného zástupce/ opatrovníka
---	-----	---