

Pojistná událost č.:

ŠKODNÍ PROTOKOL – ZRUŠENÍ CESTY

Osobní informace

Příjmení:
Jméno:
Rodné číslo:
Datum narození:
Kontaktní telefon:
E-mail:
Zaměstnání:
Tel. do zaměstnání:

Kontaktní adresa:

PSČ:
2. kontaktní adresa:

PSČ:

Údaje o pojištění

Číslo pojistky:
Datum sjednání pojištění:
Datum odjezdu:
Datum návratu:
Záloha na zájezd zaplacen dne:
Doplatek ceny zájezdu zaplacen dne:

Údaje o cestě

Cestovní kancelář:
Země pobytu:
Pobyt od-do:
Účel cesty:
Doprava:

Údaje o vzniku škody

Datum zrušení cesty: Důvod zrušení cesty:
CK požadující stornopoplatky:

Jména osob rušících cestu:

Vztah k pojištěnému:

Výše stornopoplatku:

Doklady prokazující vznik škody (originály předejte spolu s vyplněným škodním protokolem):

- | | |
|--|--|
| ☐ doklad o pojištění (talon) | ☐ doklady o částce vrácené |
| ☐ stornofaktura CK | ☐ nevyužité cestovní doklady (letenky, ubyt. vouchery) |
| ☐ doklady o platbě zájezdu | ☐ propouštěcí zpráva z nemocnice (průkaz PN) |
| ☐ cestovní smlouva | |

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

Podrobný popis vzniku škody

Byla informována asistenční služba EuroAlarm?

☐ ano

☐ ne

Kdy (datum, hodina):

Lékařské potvrzení

Je opatřeno na náklady pojištěného, musí být vyplněno ošetřujícím lékařem před nastoupením cesty a musí vypovídat o osobě, jejíž zdravotní stav vedl ke zrušení cesty podle podmínek pojištění.

Jméno pacienta:

Rodné číslo:

Adresa pacienta:

Jméno lékaře:

Telefon:

Adresa lékaře:

Jste stálým lékařem uvedeného pacienta?

☐ ano

☐ ne

od kdy:

Měl pacient již dříve potíže, jež jsou důvodem pro zrušení cesty?

☐ ano

☐ ne

Popis onemocnění:

Vztah pacienta k pojištěnému:

Průkaz PN č.:

Vydán dne:

Razítko a podpis lékaře:

Máte sjednáno další pojištění, které kryje vzniklou škodu?

☐ ano

☐ ne

Pokud ano, prosíme vyplňte následující údaje:

Jméno pojistitele:

Číslo pojistné smlouvy:

Adresa pojistitele:

PSČ:

Název banky, kam chcete poslat pojistné plnění:

Číslo účtu:

Specifický symbol:

Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé, a že jsem nezamlčel(a) žádnou skutečnost, která by měla vliv na šetření škody a stanovení výše náhrady. Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých, neúplných a zkreslených údajů se pojištěný vystavuje nebezpečí stíhání pro trestný čin pojištného podvodu (§ 250a tr. zák.). Souhlasím, aby Evropská Cestovní Pojišťovna a.s. zpracovávala dle zákona 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. Dále souhlasím s tím, aby pojišťovna provedla ověření mého zdravotního stavu u ošetřujícího lékaře či zdravotnického zařízení, kde jsem byl(a) léčen(a) nebo ošetřen(a), a to v souladu s pojistnými podmínkami a v rozsahu nezbytném k šetření mnou popsané škodní události.

Jméno pojištěného (vyplňte tiskacím písmem):

Vlastnoruční podpis:

Datum: