UNIQA pojišťovna, a. s.
Zapsána u Městského soudu v Praze,
oddíl B, č. vložky 2012.
Bělohorská 19, 160 12 Praha 6
IČ: 49240480

Oznámení o škodě

Cestovní pojištění

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Pojistník
(kdo uzavřel smlouvu nebo cestovní kancelář)

Příjmení (resp. obchodní jméno firmy) | Jméno
Titul | Rodné číslo/IČ | Telefon (8 - 17 hodin)
Ulice
Č.p. | PSČ | Obec

Pojištěný

Příjmení | Jméno
Titul | Rodné číslo | Telefon (8 - 17 hodin)
Ulice
Č.p. | PSČ | Obec

Všeobecné údaje

Termín cesty od 20 do 20

Pojistná událost se stala dne 20 hodina
město / místo | země

Uveďte podrobný popis, jak ke škodě došlo, co se stalo

Uzavřel jste cestovní pojištění pro tuto cestu u další pojišťovny? ano ☐ ne ☐ U které?

Pojištění léčebných výloh

Dále vyplňte příslušnou část podle druhu škody. Nezapomeňte vyplnit poslední část oznámení!!

Uveďte druh poranění nebo onemocnění:

Název a adresa zařízení, které poskytlo ošetření:

Požaduji náhradu: celkových hrazených nákladů ve výši | měna

Přiložte tyto doklady:

Doklad o pojištění a úhradě pojistného
Doklad o délce trvání cesty (kopie letenky, jízdenky, razítka v pasu apod.)
Lékařskou zprávu o ošetření ano ☐ ne ☐ doklad o úhradě ano ☐ ne ☐
Předpis na léky ano ☐ ne ☐ doklad o úhradě ano ☐ ne ☐
Doklady musí obsahovat název zdravotního zařízení, jméno a datum narození poškozeného, diagnózu a rozpis poskytnutých služeb.

Pojištění zavazadel

Kolik jste měl zavazadel?

Kolik zavazadel bylo poškozeno?

Dali jste poškozené věci do opravy? ano ☐ ne ☐ Pokud ano, uveďte které:

Přiložte tyto doklady:

Doklad o pojištění a úhradě pojistného
Doklad o délce trvání cesty (kopie letenky, jízdenky, razítka v pasu apod.)
Seznam poškozených, zničených nebo ukradených věcí uveďte v příloze
Doklady o pořízení věcí
Kopii dokladu o opravě a ceně opravy
Kopii protokolu policie o vloupání nebo dopravní nehodě

☒ Požadovanou variantu zakřížkujte!

EU 5098/1/A

UNIQA pojišťovna, a.s.
Zapsána u Městského soudu v Praze,
oddíl B, č. vložky 2012.
Bělohorská 19, 160 12 Praha 6
IČ: 49240480

Cestovní pojištění

Oznámení o škodě

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Pojištění odpovědnosti za škody způsobené třetí osobě

Komu byla způsobena škoda (uveďte jméno, adresu a datum narození poškozeného)	
Uveďte podrobnosti ke vzniku a rozsahu škody	
Uhradil/a jste nějakou částku za majetkovou škodu?	ano ☐ ne ☐ ve výši ____ měna ____
Škodu na majetku je třeba doložit:	Protokolem mezi poškozeným a pojištěným s uvedením data, místa škody, jak ke škodě došlo, co bylo poškozeno, pořizovací cenou věci, datem pořízení. Protokol musí být podepsán pojištěným, poškozeným a dvěma svědky s uvedením jejich plného jména, data narození a adresy. Nemůže se jednat o osoby příbuzné. Dokladem o úhradě škody.
Škodu na zdraví je třeba doložit:	policejním protokolem nebo protokolem Horské služby či jiného oficiálního státního orgánu písemným vyjádřením svědků s uvedením jejich identifikace

Ostatní údaje ke škodě a pro zaslání pojistného plnění

Kontaktoval/a jste asistenční službu:	ano ☐ ne ☐ pokud ano, uveďte datum ____
Máte platební nebo kreditní kartu?	ano ☐ ne ☐ druh / typ karty: ____ u které banky: ____
U které zdravotní pojišťovny jste pojištěn?	
Pojistné plnění poukažte: na adresu	
Nebo na účet	číslo ____ kód banky ____ spec. symbol ____

Prohlašuji, že lékařské ošetření bylo nezbytně nutné a jednalo se o akutní onemocnění nebo úraz.
V případě, že úhradu nákladů léčení nebo majetkové škody provedl za pojištěného někdo jiný, uvede pojištěný jméno a adresu osoby nebo firmy, které má pojistitel vyplatit pojistné plnění a zároveň tím prohlašuje, že jeho nároky vůči pojistiteli jsou tímto plněním vyrovnány.
Prohlašuji, že poškozená osoba není v příbuzenském vztahu ani s pojištěným, ani s pojistníkem, ani v pracovním nebo obchodním vztahu k nim.
Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčení pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti.
Rovněž souhlasím, aby si pojistitel vyžádal potřebné podklady u policie, správní orgánů a jiných pojišťoven pro potřeby šetření škodné události.
Podpisem potvrzuji, že jsem všechny dotazy odpověděl/a úplně a pravdivě a jsem si vědom/a důsledků hrubě zkreslených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

V ____ dne ____ Podpis pojištěného ____

EU 5098/1/B