

Oznámení škodní události

Storno zájezdu

AWP P&C SA se sídlem 93400 Saint-Ouen, 7 Rue Dora Maar, Francouzská republika, registrační číslo 519 490 080 O.R.Bobigny, zapsaná u obchodního soudu v Bobigny pod správním č. 2016B01853, podnikající v České republice prostřednictvím AWP P&C Česká republika – odštěpný závod zahraniční právnické osoby, se sídlem: Praha 7, Jankovcova 1596/14b, PSČ 17000, IČ: 276 33 900, zapsaný v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 56112.

Číslo škodní události:		Doručeno:	
------------------------	--	-----------	--

Doklady k předložení:

originál dokladu potvrzujícího uhrazení stornopoplatků (faktura, účetní doklad o zaplacení zájezdu a o vrácené částce), lékařská zpráva (průkaz PN, doklad o hospitalizaci, kopie úmrtího listu), zpráva policie, povolávací rozkaz apod.

Přikládám:	faktura		doklad o hospitalizaci		zpráva policie	
	jiný účetní doklad		lékařská zpráva		povolávací rozkaz	
	průkaz pracovní neschopnosti		kopie úmrtího listu		jiné doklady	

Číslo pojistné smlouvy:																				
Příjmení a jméno pojistěného:																				
Datum narození:			.			.														
Zák. zástupce / kontaktní osoba:																				
Adresa																				
Telefon:																				
E-mail:																				
Jméno a datum narození osoby, kvůli níž se ruší cesta:																				

1. Jména osob rušících cestu (uvedte vztah k osobě uplatňující nárok na pojistné plnění):																			

2. Výše stornopoplatků:																			
3. Počátek cesty:																			
4. Konec cesty:																			
5. Datum zaplacení cesty:																			
6. Datum zrušení:																			
7. Společnost, která požaduje stornopoplatky																			
Adresa:																			
Telefon:																			

8. Máte sjednáno jiné pojištění poskytující pojistnou ochranu proti Vámi uvedené škodě?	Ano	Ne
Uplatňujete u toho pojistitele náhradu škody:	Ano	Ne
Název a adresa pojišťovny:		
Typ a číslo pojistné smlouvy:		

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů.

Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování škodních událostí s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal i jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od policie, soudu apod.). Beru na vědomí, že pojistitel je dle nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (GDPR), v platném znění, správcem osobních údajů vztahujících se k mnou uplatněným nárokům z této škodní události, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Bližší informace o způsobu a době zpracování Vašich osobních údajů naleznete na www.allianz-partners.cz.

Pojistné plnění poukažte:

Na jméno a adresu: _____

Na korunový účet: _____ Kód banky: _____

Datum: _____ Podpis: _____

Lékařská zpráva ošetřujícího lékaře a doklad o pracovní neschopnosti

Ošetřující lékař potvrzuje, že ošetřoval úraz či onemocnění postiženého a zjistil tělesná poškození a zdravotní újmy tohoto druhu a rozsahu:

1. Jméno pacienta a datum narození:			
2. Jméno a adresa lékaře:			
3. Jste stálým lékařem pojištěného?	Ano	Ne	
od kdy:			
Den, kdy jste doporučil zrušit cestu:			
4. Měl pacient již dříve potíže, které jsou nyní důvodem ke zrušení cesty	Ano	Ne	
5. Pokud ano, kdy a jakého rázu:			
6. Počátek onemocnění či úrazu:			
7. Důvod zrušení cesty:			
8. Diagnóza, popis onemocnění či úrazu:			
9. Způsob léčby:			
10. Předpokládaná doba léčení:			
11. Hospitalizace	Ano	Ne	
od:	do:		
12. Plánovaný výkon	Ano	Ne	
Popis:			
13. Těhotenství	Ano	Ne	
Předpokládaný termín porodu:			
14. Jiná onemocnění včetně data diagnostikování:			
15. Změna pracovní schopnosti včetně data změny:			

Datum _____ Podpis lékaře _____ Razítko _____

Souhlasím, aby lékař odpověděl na dotazy pojišťovny o zdravotních potížích, které jsou důvodem pro zrušení cesty.