

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI Z POISTENIA STORNA ZÁJAZDU / STORNA OBJEDNANEJ SLUŽBY

Vyplňuje poistený:

| | | |
|--------------------------------------|-----------------|-----------|
| Meno a priezvisko poisteného: | | Číslo PU: |
| Adresa trvalého bydliska poisteného: | | |
| Mandátna zmluva s CK: | | |
| Poistná zmluva č.: | Vystavená dňa.: | |
| Rodné číslo : | Telefón*: | E-mail: |

**na uvedené číslo Vám bude zároveň odoslaná sms notifikácia o uzavretí škodovej udalosti*

| | | |
|---|-----------|-------------|
| Zájazd poriadaný v dňoch: | - | Kam (štát): |
| Meno osoby, kvôli ktorej poistený stornoval zájazd: | | |
| Dôvod zrušenia účasti na zájazde: | | |
| Dátum vzniku škodovej udalosti: | | |
| Mená účastníkov zájazdu, ktorí stornovali zájazd a ich príbuzenský pomer k osobe, kvôli ktorej stornovali zájazd: | | |
| Je tento druh poistenia dojednaný aj v inej poisťovni? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie | | |
| ak áno, v ktorej | | |
| Poistné plnenie žiadam poukázať na: | | |
| účet č.: | vedený v: | |
| meno konkrétneho majiteľa účtu: | | |
| Na adresu: | | |

Vyplňuje CK:

| | | |
|---|--------------------------|------------------------------|
| Forma predaja: <input type="checkbox"/> vlastný produkt <input type="checkbox"/> Provízny predaj (uveďte meno touroperátora) | | |
| Číslo zájazdu: | Zájazd stornovaný dňa: | Tel. č. CK |
| Cena zájazdu v EUR/os. | Záloha vo výške: | Zaplat. dňa: |
| | Doplatok vo výške: | Zaplat. dňa: |
| | Poistné vo výške: | Zaplat. dňa: |
| Výška storno poplatku v % : | Storno poplatok v EUR/os | Storno poplatok v EUR spolu: |
| V cene zájazdu je zahrnuté aj poistné? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie | | |
| Zúčastnil sa zájazdu náhradník? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie | | |

Prehlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Súhlasím, aby si Union poisťovňa, a.s. vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave.

Čestné prehlásenie CK:

Dolu podpísaný zástupca CK čestne prehlasujem, že všetky uvedené údaje sú pravdivé a CK si je vedomá právnych následkov vyplývajúcich z nepravdivého alebo neúplného vyplnenia tohto oznámenia.

Čestné prehlásenie poisteného :

Poistený týmto vyhlasuje, že všetky uvedené údaje uviedol pravdivo a splnomocňuje Union poisťovňa, a.s. k výkonu administratívnych a právnych úkonov k šetreniu a likvidácii tejto udalosti.

V dňa:
Pečiatka a podpis zást. CK
Podpis poisteného

Priložené originály, resp. druhopisy dokladov:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> správa ošetrojúceho lekára s uvedením diagnózy | <input type="checkbox"/> poisťná zmluva |
| <input type="checkbox"/> doklad o stornovaní zájazdu poisteným | <input type="checkbox"/> zmluva o obstaraní zájazdu (prihláška na zájazd) |
| <input type="checkbox"/> stornovacie podmienky cestovnej kancelárie (touroperátora) | <input type="checkbox"/> potvrdenie o zaplatení zájazdu (záloha, doplatok) |
| <input type="checkbox"/> štatistické hlásenie o úmrtí | |
| <input type="checkbox"/> iné doklady preukazujúce vznik poisťnej udalosti (uved'te, o aký doklad ide) | |

**MENÁ A ADRESY POISTENÝCH KTORÍ SA NEZÚČASTNILI ZÁJAZDU Z DÔVODU
UVEDENÉHO V KOLONKE 2 LÍCNEJ STRANY TOHTO OZNÁMENIA**

| | |
|---------------------|---------|
| 1. Meno poisteného: | Tel. č: |
| Adresa: | |

.....
Podpis poisteného

| | |
|---------------------|---------|
| 2. Meno poisteného: | Tel. č: |
| Adresa: | |

.....
Podpis poisteného

| | |
|---------------------|---------|
| 3. Meno poisteného: | Tel. č: |
| Adresa: | |

.....
Podpis poisteného

| | |
|---------------------|---------|
| 4. Meno poisteného: | Tel. č: |
| Adresa: | |

.....
Podpis poisteného

| | |
|---------------------|---------|
| 5. Meno poisteného: | Tel. č: |
| Adresa: | |

.....
Podpis poisteného

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a nič nebolo zamlčané. Som si vedomý, že nepravdivosť odpovedí môže zbaviť poisťovníku povinnosti plnenia. Splnomocňujem Union poisťovníku, a.s. k výkonu administratívnych a právnych úkonov potrebných k šetreniu a k likvidácii škodovej udalosti.

Som si vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení, vrátane priložených dokladov, za účelom likvidácie škodovej udalosti. Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na www.union.sk