

Číslo pojistné smlouvy / Policy Number

Pojistník / Policyholder

Pojištění léčebných výloh, Pojištění asistenčních služeb, Úrazové pojištění, Pojištění odpovědnosti, Pojištění cestovních zavazadel, Pojištění domácího miláčka / Medical Expenses Insurance, Assistance Services Insurance, Personal Accident Insurance, Liability Insurance, Luggage Insurance, Pet Insurance

Příjmení nebo obchodní jméno firmy / Surname or Company Name	Jméno / Name	Titul / Academic Titles
Adresa / Address		PSČ / Postcode
Rodné číslo / IČ / Identification Number	Telefon / Telephone	E-mail / Email
Číslo pasu / Passport Number		

Cestovní kancelář / Travel Agency

Pojištění stornovacích poplatků, Pojištění náhrady dovolené / Cancellation Fees Insurance, Leave Compensation Insurance

Název cestovní kanceláře / Travel Agency Name

Pojištěný / Insured Person

Příjmení / Surname	Jméno / Name	Titul / Academic Titles
Adresa / Address		PSČ / Postcode
Rodné číslo / IČ / Identification Number	Telefon / Telephone	E-mail / Email
Číslo pasu / Passport Number		

Všeobecné údaje / General Information

Termín cesty / Travel dates	od / from	2 0	do / to	2 0
Pojistná událost se stala / Date of the insurance event	den / day	2 0	hodina / hour	
	Město / City		Země / Country	
Uvedte podrobný popis, jak ke škodě došlo, druh poranění nebo onemocnění. / Explain the full circumstances of how the damage occurred, type of injury or illness.				

Pojištění léčebných výloh, Pojištění domácího miláčka / Medical Expenses Insurance, Pet Insurance

Název a adresa lékařského zařízení, které poskytlo ošetření. / Name and address of the medical facility that provided treatment.			
Požadují náhradu celkových hrazených nákladů ve výši / The amount of the total costs required	Ošetření / Treatment:	měna / currency	
	Léky / Drugs:	měna / currency	
	Jiné - uveďte / Others – indicate:	měna / currency	
	Částka celkem / Total Amount:	měna / currency	
Uvedte celou výši neuhrazených nákladů / Give the full amount of unpaid expenses	např. ošetření, transport, atd. / e.g., treatment, transport, etc.	měna / currency	
Doklady musí obsahovat název zdravotního zařízení, jméno a datum narození poškozeného, diagnózu a rozpis poskytnutých služeb. / Documents must include the name of the medical facility, name and birth date of insured person, diagnosis and list of medical procedures.			

Pojištění zavazadel / Luggage Insurance

Kolik jste měl zavazadel? / How much luggage did you take?	
Kolik zavazadel bylo ztraceno/odcizeno? / How much luggage was lost/stolen?	
Přiložte tyto doklady: / Please enclose the following documents:	Seznam odcizených či poškozených zavazadel včetně dokladů o jejich nabytí a jejich pořizovací hodnotě (účty, faktury). / List of stolen or damaged luggage, including proof of the acquisition thereof and the purchase value thereof (bills, invoices). Kopii protokolu policie o vloupání nebo dopravní nehodě. / Copy of police report of burglary or accident. Zápis o škodě od odpovědného zástupce dopravce. / Report of the loss from the carrier's responsible representative.

Pojištění odpovědnosti / Liability Insurance

Komu byla způsobena škoda (jméno, adresa, datum narození poškozeného) / The damage was caused to (Name of Injured Person, Date of Birth, Address)			
Uhradil/a jste nějakou částku za majetkovou škodu? / Did you pay any amount for property damage?	Ano / Yes <input type="checkbox"/>	Ne / No <input type="checkbox"/>	ve výši / amount of <input type="text"/> měna / currency <input type="text"/>
Škodu na majetku je třeba doložit: / Damage to property must be documented:	protokolem mezi pojištěným a poškozeným, kde musí být uvedeno, jak ke škodě došlo, kdy a kde k ní došlo, co bylo poškozeno, v jakém rozsahu, jaká byla pořizovací cena věci a jak byla věc stará; dále musí být uvedena výše škody; protokol musí být podepsán pojištěným a poškozeným a nejméně dvěma svědky, kteří nesmí být v příbuzenském poměru s pojištěným ani s poškozeným; doklad o úhradě škody / in a report between the insured and the injured party, stating how the damage occurred, when and where it occurred, what was damaged, to what extent, what the cost of the item was and how old it was; there shall also be a specification of the amount of damage; the report shall be signed by the insured and the injured party and at least two witnesses, who must not be in a family relationship with either the insured or the injured party; proof of payment of damages		
Škodu na zdraví je třeba doložit: / Injury must be documented:	doložit škodu na zdraví třetí osoby protokolem policie a lékařskou zprávou s podrobnou diagnózou poranění poškozeného / by evidence of injury to a third party by a police statement and medical report with a detailed diagnosis of the victim's injury		



Číslo pojistné smlouvy / Policy Number

Pojištění stornovacích poplatků, Pojištění náhrady dovolené / Cancellation Fees Insurance, Leave Compensation Insurance

Pojistné bylo uhrazeno / The insurance premium was paid	den / day	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	ve výši / amount of	<input type="text"/>	Kč / CZK	
Datum zrušení cesty, Datum přerušení zaplacených služeb / Date of cancellation of the trip, Date of unused travel services	den / day	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>				
Jména pojištěných osob, které stornovaly cestu. Jména pojištěných osob, které nevyužily zaplacené služby / Names of the insured people who canceled the trip., Names of the insured people who unused travel services.	<input type="text"/>					
Zpráva ošetřujícího lékaře (datum onemocnění/úrazu, diagnóza, ...) / Attending Physician's Report (Date of illness or injury, Diagnosis, ...)	<input type="text"/>					
S uvedeným onemocněním jste se již léčil? / Have you been treated with this disease before?	Ano / Yes	<input type="checkbox"/>	Ne / No	<input type="checkbox"/>	pokud ano, uveďte datum / if yes, give date	<input type="text"/>
Vyplňuje pojištěná osoba / To be completed by the insured person	Termín zájezdu od / Dates of trip: From	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	do / to	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	země / country	<input type="text"/>
	Cena zájezdu / Tour Price	<input type="text"/>	Kč / CZK	Uhradil/a jsem CK / I paid the travel agency	<input type="text"/>	Kč / CZK
	Cestovní kancelář vrátila částku / Amount refunded by Travel Agency	<input type="text"/>	Kč / CZK	Dne / Day	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	
	Výše nákladů, které stornem/nevyužitím služeb vznikly pojištěnému / The amount of costs incurred by the insured as a consequence of cancellation trip/unused travel services	<input type="text"/>	Kč / CZK			
	Skipas od / Ski pass from	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	do / to	<input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/>	Cena skipasu / Ski pass price	<input type="text"/>
K oznámení přiložte: / Please enclose the following documents:						
- potvrzení lékaře o onemocnění s uvedením diagnózy / Medical certificate from the attending physician						
- kopii cestovní smlouvy / Copy of travel contract						
- kopii dokladu o úhradě zájezdu a pojistného / Copy of proof of payment for the travel services and insurance premium						
- příp. ověřenou kopii úmrtního listu / or certified copy of the Death Certificate						
- úřední zprávu / official report						

Cestovní kancelář potvrzuje, že uvedené údaje jsou pravdivé a že již nebylo možno zajistit náhradníka, event. dohodnout storno se zahraničním partnerem bez náhrady. / Travel Agency confirms that above information is true and it was not possible to provide a substitute traveler or agree on cancellation with foreign partner with refund.

V / At

dne / day

Razítko a podpis cestovní kanceláře
/ Stamp and Signature of the Travel Agency

Ostatní údaje / Other Information

Kontaktovali jste asistenční společnost? / Did you contact the assistance company?	Ano / Yes	<input type="checkbox"/>	Ne / No	<input type="checkbox"/>	pokud ano, uveďte datum / if yes, give date	<input type="text"/>
Máte sjednáno další cestovní pojištění (například k bankovnímu účtu, kreditní kartě)? / Do you have any other travel insurance (for example with your bank account, credit card)?	Ano / Yes	<input type="checkbox"/>	Ne / No	<input type="checkbox"/>	Název pojišťovny, banky / Name of Insurance company, bank	<input type="text"/>
Pokud máte sjednáno pojištění k platební kartě, uveďte číslo karty. / If you have credit card insurance, give card number.	<input type="text"/>					
Pojistné plnění poukažte: na adresu v ČR / Please send the insurance benefits: to the address in the CR	<input type="text"/>					
nebo na účet / or to the bank account	č. účtu / Account number	<input type="text"/>	kód banky / Bank code	<input type="text"/>	spec.symbol / Specific code	<input type="text"/>

Prohlašuji, že lékařská ošetření bylo nezbytně nutné a jednalo se o akutní onemocnění nebo úraz. V případě, že úhradu nákladů léčení provedl za pojištěného někdo jiný, uvede pojištěný jméno a adresu osoby nebo firmy, které má pojišťovna vyplatit pojistné plnění. Prohlašuji, že poškozená osoba není v příbuzenském vztahu ani s pojištěným, ani s pojistníkem, ani v pracovním nebo obchodním vztahu k nim. Souhlasím se získáváním údajů o mém zdravotním stavu a opravňuji doktory, instituce, zdravotnická zařízení, a zdravotní pojišťovny, aby na vyzádaní pojišťovny poskytl zástupcům UNIQA pojišťovny veškeré informace. Podpisem potvrzuji, že jsem všechny dotazy odpověděl/a úplně a pravdivě a jsem si vědom/a důsledků hrubě zkreslených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. Prohlašuji, že souhlasím, aby pojišťovna zpracovávala mé osobní údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. / I declare that the medical treatment was an emergency and it was an acute illness or injury. In case that somebody else paid damages, the insured person will give the name and address of the person or firm, which the insurer has to pay insurance benefits. / I declare that injured party is not in family, work or business relationship with either the insured or the injured party. / I also grant my consent for purposes of the acquisition of data on my state of health, and I hereby authorize all requested doctors, institutions, healthcare establishments and medical insurance companies to provide such information to UNIQA pojišťovna representatives. / I declare that I have answered all questions truthfully and completely and I am aware of the consequences of providing false information and facts in terms of the obligation of the insurer to pay out insurance benefits. / In compliance with the appropriate provisions of Act No. 101/2000 Coll., on Personal Data Protection, I agree to the processing of my sensitive and personal data.

V / At

dne / day

Podpis pojištěného / Signature of the insured person



Požadovanou variantu zakřížkujte! / Please tick the required option!