

## Oznámení pojistné události – cestovní pojištění Pojištění storna cesty / zrušení cesty v zahraničí / zmeškání odjezdu / nevyužitá dovolená

**Pokyny pro vyplnění formuláře:**

1. Vyplňte formulář **ve všech bodech**.
2. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
3. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Kontaktního centra 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení spolu s dalšími dokumenty můžete zaslat poštou na adresu: **AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Office Park Nová Karolina, 28. října 3348/65, 702 00 Ostrava** nebo e-mailem na adresu [kptravel@axa-assistance.cz](mailto:kptravel@axa-assistance.cz)

**ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM**

Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) <sup>1)</sup> :
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Stát narození:	Státní občanství:
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> Trvalý <input type="checkbox"/> Přechodný
Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):	
Zdravotní pojišťovna:	
Zákonný zástupce u pojištěného dítěte (jméno, příjmení, rodné číslo/datum narození):	
Držitel karty (jméno, příjmení, rodné číslo / datum narození):	
Vztah pojištěného k držiteli karty:	<input type="checkbox"/> Osoba blízká <input type="checkbox"/> Spolucestující
Datum počátku pojištění  __ _ / __ _ / __ _ _ _	Datum konce pojištění  __ _ / __ _ / __ _ _ _
Datum počátku cesty/zájezdu  __ _ / __ _ / __ _ _ _	Datum konce cesty/zájezdu  __ _ / __ _ / __ _ _ _
E-mail:	Telefon:
Preferovaný způsob komunikace:	<input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> pošta
Číslo průkazu totožnosti:	
Druh průkazu totožnosti: <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Jiný 2) (uveďte) .....	
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od  __ _ / __ _ / __ _ _ _  do  __ _ / __ _ / __ _ _ _
Byla kontaktována asisteční společnost? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Pokud ano, uveďte datum, kdy?  __ _ / __ _ / __ _ _ _

 **POJIŠTĚNÍ ZMEŠKÁNÍ ODJEZDU**

Zmeškání odjezdu vzniklo v důsledku:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> živelní a jiné události | <input type="checkbox"/> neočekávané výluky nebo zpožděním dopravního prostředku veřejné dopravy |
| <input type="checkbox"/> dopravní nehody         | <input type="checkbox"/> předem neohlášené stávky  |

**POJIŠTĚNÍ STORNA ZÁJEZDU**

Zájezd zakoupen dne: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

U cestovní kanceláře (název a adresa): .....

Termín zájezdu: od |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| do |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Číslo zájezdu: .....

Datum zrušení zájezdu: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Důvod zrušení zájezdu:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> úraz nebo onemocnění Pojištěného                  | <input type="checkbox"/> úraz nebo onemocnění Spolucestujícího                               |
| <input type="checkbox"/> úraz nebo onemocnění Osoby blízké                 | <input type="checkbox"/> náhlého úmrtí Pojištěného, osoby blízké, Spolucestujícího           |
| <input type="checkbox"/> loupeže nebo krádeže v místě bydliště Pojištěného | <input type="checkbox"/> jiné (znásilnění Pojištěného nebo osoby blízké, předvolání k soudu) |

**POJIŠTĚNÍ ZRUŠENÍ CESTY V ZAHRANIČÍ**

Datum vzniku překážky v užívání cestovní služby: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Důvod přerušování čerpání cesty v zahraničí:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nemoc nebo úraz Pojištěného nebo Spolucestujícího | <input type="checkbox"/> neodkladná a neočekávaná hospitalizace Osoby blízké |
| <input type="checkbox"/> úmrtí Osoby blízké nebo Spolucestujícího          | <input type="checkbox"/> škoda na majetku                                    |

Výše vzniklých nákladů v souvislosti se zrušením cestovní služby: .....

**POJIŠTĚNÍ NEVYUŽITÉ DOVOLENÉ / PŘEDČASNÉHO NÁVRATU**

Datum předčasného odjezdu ze zahraničí: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_| Datum návratu ze zahraničí: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Země pobytu: .....

Datum ošetření / hospitalizace: |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

**ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN**Máte uzavřenou pojistnou smlouvu pro stejný typ pojištění u jiné pojišťovny?  ano  ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku a zda uplatňujete nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.

**DOKLADY K POJISTNÉ UDÁLOSTI**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> doklady o zaplacení vynaložených nákladů | <input type="checkbox"/> pořízovací doklad                   |
| <input type="checkbox"/> policejní protokol                       | <input type="checkbox"/> lékařské zprávy                     |
| <input type="checkbox"/> kompenzace za nevyužitou dovolenou       | <input type="checkbox"/> smlouva o pronájmu                  |
| <input type="checkbox"/> ostatní                                  | <input type="checkbox"/> stornopoplatky za cestu a ubytování |

**ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ**

Žádám o výplatu pojistného plnění. Pojistné plnění poukažte:

Číslo účtu \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (kód banky)

Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem?  ano  ne Pokud NE, uveďte prosím:

Jméno a příjmení vlastníka účtu: \_\_\_\_\_

Datum narození: \_\_\_\_\_ Adresa bydliště, včetně státu: \_\_\_\_\_

Důvod, proč má být výplata provedena na účet jiné osoby (nemá vlastní účet, společný účet v domácnosti apod.)

Adresa (uveďte jméno, příjmení, ulici, číslo orientační a popisné, PSČ, místo – poštu), adresa musí být na území České republiky:

Jedná-li se o adresu jinou než trvalého nebo jiného pobytu či korespondenční adresu, uveďte současně prosím důvod zaslání právě na tuto adresu.

**PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ**

Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojistovny.

Prohlašuji, že v případě nezletilého dítěte jsem zákonným zástupcem pojištěného dítěte a mám na jeho pojištění pojistný zájem. Souhlasím, abyste si sami nebo prostřednictvím vámi pověřeného lékaře získávali údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace od mého lékaře, zdravotní pojišťovny, jakéhokoliv orgánu veřejné moci či jiného pojistitele, u kterých mám já sjednáno jiné životní či úrazové pojištění. V případě hlášení Pojistné události týkající se osob Spolucestujících nebo Osob blízkých nás pojistník zmocňuje (resp. jejich jménem zmocňuje), abychom obdobně získávali údaje o jejich zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jejich zdravotním stavu od uvedených osob a orgánů zjišťovali informace o jejich zdravotním stavu, nahlíželi do jejich zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jejich zdravotním stavu, požívali z nich výpisy či opisy, a to i po jejich smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu Spolucestující nebo Osoby blízké zprošťují (resp. jejich jménem Pojistník zprošťuje) uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Zmocňujete vy nebo Spolucestující nebo Osoby blízké podle § 50 a § 51 tr. řádu (§ 33 spr. řádu) pracovníka Komerční pojišťovny, a.s., nebo AXA Assistance CZ, s.r.o. aby ve smyslu § 65 tr. řádu (§ 38 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené pojistné události nahlížel do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činil z něho výpisky a pořizoval si na vlastní náklady kopie.

**Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.**

Současně já a Spolucestující nebo Osoby blízké potvrzujeme, že nám byly poskytnuty a jsou nám známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažené v Informačním memorandu pojistitele a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na našich internetových stránkách [www.kbpojistovna.cz/informacni-memorandum](http://www.kbpojistovna.cz/informacni-memorandum).

V případě preferované komunikace prostřednictvím e-mailu poskytují souhlas k zaslání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto oznámení pojistné události. Odesláním oznámení pojistné události e-mailem beru na vědomí, že se jedná o nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebírá pojistitel až jejich přijetím na jeho poštovní server.

V případě, kdy se osobní údaje (zejména e-mailová adresa, telefonní kontakt, korespondenční nebo trvalá adresa) o mně nebo pojištěných osobách, které pojistitel zpracovává, liší od údajů uvedených v tomto oznámení, beru na vědomí, že budou aktualizovány.

Datum

Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce

Podpis pojištěného/ zákonného zástupce

- 1) vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno  
2) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.  
\*) nehodící se škrtněte