

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI Z POISTENIA STORNA ZÁJAZDU / STORNA OBJEDNANEJ SLUŽBY

Vypĺňuje poistený:

Meno a priezvisko poisteného:		Číslo PU:
Adresa trvalého bydliska poisteného:		
Mandátna zmluva s CK:		
Poistná zmluva č.:	Vystavená dňa.:	
Rodné číslo :	Tel. č. domov (do práce):	
Zájazd poriadaný v dňoch:	Kam (štát):	
Meno osoby, kvôli ktorej poistený stornoval zájazd:		
Dôvod zrušenia účasti na zájazde:		
Dátum vzniku poistnej 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 meno konkrétneho majiteľa účtu:		vedený v:
Adresu:		

Vypĺňuje CK:

Forma predaja: <input type="checkbox"/> vlastný produkt <input type="checkbox"/> Provízny predaj (uvedte meno touroperátora)		
Číslo zájazdu:	Zájazd stornovaný dňa:	Tel. č. CK
Cena zájazdu v EUR/os.	Záloha vo výške:	Zaplat. dňa: Číslo účtovného dokladu:
	Doplatok vo výške:	Zaplat. dňa: Číslo účtovného dokladu:
	Poistné vo výške:	Zaplat. dňa: Číslo účtovného dokladu:
Výška stornoplatku v % :	Stornoplatok v EUR/os	Stornoplatok 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

Podľa zákona o ochrane osobných údajov podpisom tohto oznámenia poistnej udalosti dávam súhlas Union poisťovni, a.s. na spracovanie mojich osobných údajov, uvedených v tomto oznámení, za účelom likvidácie poistnej udalosti. Súhlas je daný na dobu neurčitú a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky.

Čestné prehlásenie CK:

Dolupodpísaný 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.

Vdňa:

.....
Pečiatka a podpis zást. CK

.....
Podpis poisteného

Priložené originály, resp. druhopisy dokladov:

- správa ošetrojúceho lekára s uvedením diagnózy
- doklad o stornovaní zájazdu poisteným
- zmluva o obstaraní zájazdu (prihláška na zájazd)
- stornovacie podmienky cestovnej kancelárie (touroperátora)

- poisťná zmluva
- potvrdenie o zaplatení zájazdu (záloha, doplatok)
- štatistické hlásenie o úmrtí
- iné doklady preukazujúce vznik poisťnej udalosti (uveďte, 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

6. Meno poisteného:	Tel. č.:
Adresa:	

.....
Podpis poisteného