

Údaje o zájazde, resp. o spojených službách cestovného ruchu

Cestovná zmluva č.		Organizátor (CK)	
Miesto zakúpenia zájazdu		Dátum rezervácie zájazdu	deň mesiac rok
Miesto pobytu		Zjednaný druh dopravy	
Ubytovacie zariadenie		Zjednaný druh stravy	
Plán. dátum odjazdu	deň mesiac rok	Plán. dátum návratu	deň mesiac rok
Výška uhradenej zálohy	€	Dátum úhrady zálohy	deň mesiac rok
Výška uhrad. doplatku	€	Dátum úhrady doplatku	deň mesiac rok
Cena zájazdu celkom	€	Počet osôb v cestovnej zmluve	
Objednávateľ zájazdu		Rodné číslo	
Kontaktná adresa	ulica	mesto	PSČ
Kontaktný telefón	miesto	Kontaktný E-mail	
Náhradné ubytovanie	miesto	Doba ubytovania	od do
Cena náhr. ubytovania	mena	Dátum úhrady	deň mesiac rok
Platca náhr. ubytovania		Príjemca platby	
Náhradné stravovanie	spôsob	Doba stravovania	od do
Cena stravovania	mena	Dátum úhrady	deň mesiac rok
Platca stravovania		Príjemca platby	
Doprava pri návrate	druh	Dátum návratu	deň mesiac rok
Cena dopravy	mena	Dátum úhrady	deň mesiac rok
Platca dopravy		Príjemca platby	
Iné dodatočné výdaje	druh	Dátum vynaloženia	deň mesiac rok
Výška dodatoč. výdajov	mena	Dátum úhrady	deň mesiac rok
Platca dodatoč. výdajov		Príjemca platby	

Údaje o cestujúcich

Mená všetkých poistených (podľa cest. zmluvy)	Rodné číslo	Adresa	Podpis
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Účet

Komu zaslať plnenie		Adresa	
Forma úhrady - bankovým prevodom	Názov banky príjemcu		
Na bankový účet číslo			
Špecifický symbol			

Zaslanie

Dôležité! Aby sme Vám mohli poskytnúť poisťné plnenie, priložte k protokolu popis okolností vzniku škody a originály alebo kópie týchto dokladov preukazujúcich škodu:

cestovnú zmluvu s CK nevyužitú letenku, príp. náhradné vouchery

účtovné doklady o všetkých platbách, za ktoré požadujete náhradu (potvrdenky apod.) poisťný certifikát

Tento riadne vyplnený škodový protokol spolu s požadovanými dokladmi obratom zašlite na adresu:
Generali Poisťovňa a.s., odštepny závod Európska cestovná poisťovňa, Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava

Prehlasujem, že všetky údaje sú pravdivé a že som nezamlčal(a) žiadnu skutočnosť, ktorá by mala vplyv na šetrenie škody a stanovenej výšky plnenia. Uvedomujem si, že poskytnutím nepravdivých a skreslených údajov sa vystavujem nebezpečenstvu trestného činu poisťného podvodu (§ 250a tr. zák.). Beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa a na pobočkách poisťovateľa.

Meno osoby požadujúcej poisťné plnenie (čitateľne)	Vlastnoručný podpis	Dátum odoslania
meno priezvisko		deň mesiac rok