

Číslo pojistné smlouvy **11-64669**

INFORMACE PRO ZÁKAZNÍKA GARANČNÍ LIST

Pojistník (pojištěný): Cestovní kancelář Zájezd, s.r.o., Slunná 1770/10, 664 51 Šlapanice, Česká republika
IČ 058 81 897 DIČ CZ 058 81 897

Pojistitel: Union poisťovňa, a.s., Karadžičova 10, 813 60 Bratislava,
pobočka pro Českou republiku, Španělská 770/2, 120 00 Praha 2 – Vinohrady
IČ 242 63 796 DIČ CZ 683 015 587

Pojistná smlouva č.: 11-64669

Pojistná doba: od 01.02.2022 do 31.01.2023

Pojištění se vztahuje na zájezdy a poukazy na zájezd prodané během platnosti pojistné smlouvy. Pojištění se vztahuje i na zájezdy (včetně poukazů na zájezd) zaplacené před platností pojistné smlouvy, které se mají uskutečnit během trvání pojištění.

Pojistnou událostí je úpadek cestovní kanceláře, z důvodu kterého cestovní kancelář:

- neposkytne zákazníkovi repatriaci, nebo
- nevrátí zákazníkovi zaplacenou zálohu nebo cenu zájezdu včetně ceny zaplacené za poukaz na zájezd v případě neuskutečnění zájezdu, nebo
- nevrátí zákazníkovi rozdíl mezi zaplacenou cenou zájezdu a cenou částečně poskytnutého zájezdu v případě, že se zájezd uskutečnil pouze zčásti.

Ve smyslu Zákona č. 159/1999 Sb., pojistných podmínek a pojistné smlouvy jsou pojištěním kryty nároky vůči CK:
Cestovní kancelář Zájezd, s.r.o., až do částky 300 000 Kč, pro zájezdy a poukazy na zájezd.

V případě, že všechny nároky uplatněné zákazníky z pojistných událostí vůči pojištěnému přesáhnou limit pojistného plnění určený v pojistné smlouvě pro tyto služby, vyplatí pojistitel pojistné plnění ve výši vypočítané jako podíl limitu pojistného plnění a všech oprávněně uplatněných nároků zákazníků vyjádřených částkou v českých korunách vynásobený zákazníkem zaplacenou cenou služby, resp. zaplacenou zálohou za službu, která nebyla poskytnutá.

Pojistnou událost je možné oznámit písemně na výše uvedenou adresu, resp. v pracovní době telefonicky na číslo: 844 111 211, +421-2-208 15 911, nebo faxem na číslo: +421-2-5342 1112 a od 01.06. - 15.10.2022 na mobilním tel. č.: +421/904 895 605, resp. elektronickou poštou na adrese: union@unionpojistovna.cz.

Zákazník je povinen oznámit Union poisťovni, a.s. vznik pojistné události ve lhůtě 6 měsíců od jejího vzniku, jinak nárok na pojistné plnění nevznikne.



razítko a podpis pojistitele