

Oznámení o zrušení čerpání cestovní služby

A. POJISTITEL	Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Templová 747, 110 01 Praha 1, Česká republika IČ 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897
--------------------------	---

B. POJIŠTĚNÝ	Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
	Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec – dodací pošta	PSČ
	Telefon	Mobilní telefon	E-mail	
	Číslo pojistné smlouvy	Počátek pojištění	Číslo klienta (bylo-li již přiděleno)	

C. ZRUŠENÍ ČERPÁNÍ CESTOVNÍ SLUŽBY	Typ cestovní služby	Termín konání cestovní služby		
	Datum platby cestovní služby	od		
	Datum a důvod zrušení čerpání cestovní služby	do		
	Datum a důvod zrušení čerpání cestovní služby		Její výše	
	Datum a důvod zrušení čerpání cestovní služby		Kč	
	Spolucestující osoby, které ruší čerpání cestovní služby			
	Rodné číslo	Příjmení, jméno, titul	Vztah k pojištěnému	
	Příjmení, jméno, titul osoby, kvůli jejímuž zdravotnímu stavu bylo zrušeno čerpání služby a vztah této osoby k pojištěnému			
	Souhlasím s tím, aby lékař podal Kooperativě pojišťovně, a.s., Vienna Insurance Group, zprávu o mém zdravotním stavu v části C tohoto tiskopisu			
	podpis			
Jste pojištěn(a) stejným typem pojištění u jiné pojišťovny?		Pokud Ano, u které?		
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne				
Číslo pojistné smlouvy	Platnost	od		
Pojistné plnění poukáže na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností)		do		
Adresa příjemce				
Peněžní ústav	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	

¹⁾ Platnou variantu označte křížkem. ☒

Pojištěný je povinen pojišťovně doložit:
 ▶ důvod (skutečnost), pro který je nutno čerpání cestovní služby zrušit,
 ▶ kopii objednávky cestovní služby,
 ▶ doklad o zaplacení cestovní služby,

▶ doklad o částce, která byla vrácena („stornoplatek“),
 ▶ stornovací podmínky,
 ▶ potvrzení poskytovatele či zprostředkovatele, že nebylo možno zajistit náhradníka,
 ▶ pojistnou smlouvu.

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě. Jsem si vědom(a) právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojišťovny plnit. Souhlasím s tím, aby si Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu (o léčení a zdravotním stavu pojištěného) veškerou potřebnou dokumentaci a opravňuji dotazované lékaře a zdravotnická zařízení ke sdělování informací o mém zdravotním stavu (zdravotním stavu pojištěného) pojišťovně, a to i v případě úmrtí. Souhlasím s tím, aby Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, získané údaje o mém léčení a zdravotním stavu (o léčení a zdravotním stavu pojištěného) zpracovávala po dobu potřebnou pro účely cestovního pojištění.

Datum	
	Podpis pojištěného (opravněného)

**C.
POSKYTOVATEL
ČI ZPROSTŘED-
KOVATEL
CESTOVNÍ
SLUŽBY**

IČ		Název poskytovatele či zprostředkovatele cestovní služby			
Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační			Obec – dodací pošta		PSČ
Telefon		Mobilní telefon		E-mail	
Cena cestovní služby pro jednu osobu Kč		Cena cestovní služby celkem Kč		Datum platby cestovní služby Kč	
Termín konání cestovní služby od		do		Datum odhlášení účasti z cestovní služby	
Byl zajištěn náhradník?					<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Vyúčtování stornopoplatků bylo provedeno dne		Ve výši Kč		Dle stornovacích podmínek si poskytovatel či zprostředkovatel ponechal tuto částku Kč	
Spolucestující osoby					
Rodné číslo		Příjmení, jméno, titul		Vztah k pojištěnému	
.....					
.....					
Datum		Potvrzujeme, že údaje o platbách a námi vyúčtovaném stornopoplatku jsou správné a nebyly převedeny k jinému termínu nebo zájezdu.			
2 0				
Razítko a podpis poskytovatele či zprostředkovatele					

**D.
ZPRÁVA
LÉKAŘE**

V případě, že budete uplatňovat zrušení čerpání cestovní služby z důvodu akutní nemoci či úrazu pojištěného, osoby na stejné pojistné smlouvě či osoby blízké, prosím, vyplňte tuto část. Souhlas se sdělováním informací o zdravotním stavu dává tato osoba svým podpisem na titulní straně tohoto tiskopisu. Náklady spojené s vyhotovením zprávy hradí pojištěný (oprávněný).

Rodné číslo		Příjmení		Jméno		Titul	
Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační			Obec – dodací pošta		PSČ		
Jste stálým lékařem jmenovaného pacienta?							<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, od kdy				Datum, kdy jste doporučil(a) zrušit cestu			
Měl pacient již dříve zdravotní potíže, které byly důvodem pro odhlášení zájezdu - zrušení cesty?							<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, kdy							
Diagnóza a podrobný popis vzniku onemocnění (úrazu), způsob a délka trvání léčby							
.....							
Kód diagnózy podle MKN-10							
Jedná se o akutní onemocnění?							<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Vyžaduje uvedené onemocnění (úraz) hospitalizaci nebo upoutání pacienta na lůžko?							<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Byla vystavena pracovní neschopnost?							<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Potvrzení pracovní neschopnosti č.				Pracovní neschopnost od			
				do			
V případě těhotenství uveďte		Počátek těhotenství		Předpokládaný den porodu			
Došlo k úrazu pacienta následkem požití alkoholu nebo návykových látek?							<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře							
Ulice (místo), číslo popisné/orientační			Obec - dodací pošta		PSČ		
Název oddělení			Číslo oddělení		Telefon		
.....							
Datum		Razítko a podpis lékaře					
2 0						