Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Prezentační razítko

Oznámení pojistné události z pojištění přerušení cesty a pojištění nevyužité 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 pojistné události**

C. PŘERUŠENÍ CESTY

Pobyt od	do	Místo pobytu	Stát pobytu

Byla kontaktována asistenční společnost?[1]) ☐ Ano ☐ Ne	Datum, kdy byla kontaktována asistenční společnost	Datum přerušení cesty

Důvod přerušení cesty

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Spolucestující osoby, které ruší cestu současně

Rodné číslo	Příjmení, jméno, titul	Vztah k pojištěnému
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Jste pojištěn(a) stejným typem pojištění u jiné pojišťovny? ☐ Ano ☐ Ne	Pokud Ano, u které?

Číslo pojistné smlouvy	Platnost od	do

Pojistné plnění poukažte na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností)

Adresa příjemce

Peněžní ústav	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol

Pojištěný je povinen pojišťovně doložit

- originály účtů za náhradní dopravu
- doklady o úrazu či onemocnění v zahraničí
- doklady o lékařském ošetření v zahraničí (v příslušné měně)
- originál lékařské zprávy
- druh dopravy v zahraničí
- v případě úmrtí blízké osoby úmrtní list
- jiné potvrzení dle důvodu přerušení cesty (doklad o razsáhlých škodách následkem živelní události apod.)

[1]) Platnou variantu označte křížkem. ☒

C. NEVYUŽITÁ CESTOVNÍ SLUŽBA

Pobyt od ..... do .....

Datum vzniku překážky v užívání služby .....

Důvod přerušení čerpání služby

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Prokazatelně nevyčerpané služby

Typ služby	Plánované užívání od - do	Celková částka za službu
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

Jste pojištěn(a) stejným typem pojištění u jiné pojišťovny? ☐ Ano ☐ Ne

Pokud Ano, u které? .....

Číslo pojistné smlouvy .....

Platnost od ..... do .....

Pojistné plnění poukažte na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností)

Adresa příjemce .....

Peněžní ústav	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol

Pojištěný je povinen pojišťovně doložit

- doklad o ukončení čerpání cestovní služby
- doklad opravňující k čerpání cestovní služby
- doklad o zaplacení cestovní služby
- doklad k důvodu přerušení čerpání služby
- doklad o vrácení (nevrácení) částky za nevyčerpanou cestovní službu poskytovatelem či zprostředkovatelem

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. Osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu (dále jen „údaje") jsou zpracovávány jen v rozsahu a po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností z pojištění. Údaje mohou být poskytnuty třetí osobě pouze v souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Subjekt údajů má právo na informaci o rozsahu zpracování jeho osobních údajů podle § 12 a právo na ochranu svých práv podle § 21 cit. zákona.

Datum .. .. 20 ..

....

Podpis pojištěného (opravněného)