

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

Její výše

Datum a důvod zrušení čerpání cestovní služby

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

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

Pokud Ano, u které?

Číslo pojistné smlouvy

Platnost

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:

• 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 („stornopoplatek“),

• 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 neb

plnit. Souhlasím s tím, aby si Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu (

potřebnou dokumentaci a opravňuji dotazované lékaře a zdravotnická zařízení ke sdělování informací o mém zdravotním stavu (zdra

a to i v případě úmrtí. Souhlasím s tím, aby Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, získané údaje o mém léčení a

pojištěného) zpracovávala po dobu potřebnou pro účely cestovního pojištění.

o nepravdivých odpovědích na povinnost pojišťovny

o léčení a zdravotním stavu pojištěného) veškerou

votním stavu pojištěného) pojišťovně,

zdravotním stavu (o léčení a zdravotním stavu

Datum

20

Podpis pojištěného (opravněného)

K-Lm-504-A

11/2009

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			Cena cestovní služby celkem			Datum platby cestovní služby			Výše platby		
Kč			Kč						Kč		
Termín konání cestovní služby						Datum odhlášení účasti z cestovní služby					
od						do					
Byl zajištěn náhradník?										☐ Ano ☐ Ne	
Vyúčtování stornopoplatků bylo provedeno dne				Ve výši		Dle stornovacích podmínek si poskytovatel či zprostředkovatel ponechal tuto částku					
				Kč		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 počást. Souhlas se sdělováním informací o zdravotním stavu dává tato osoba svým podpisem na titulní straně tohoto tiskopisu. Nákljistné smlouvě či osoby blízké, prosím, vyplňte tuto ady spojené s vyhotovením zprávy hradí pojištěný											
Rodné číslo		Příjmení				Jméno			Titul		
Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec – dodací pošta				PSČ					
Jste stálým lékařem jmenovaného pacienta?										☐ Ano ☐ 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?										☐ Ano ☐ 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?										☐ Ano ☐ Ne	
Vyžaduje uvedené onemocnění (úraz) hospitalizaci nebo upoutání pacienta na lůžko?										☐ Ano ☐ Ne	
Byla vystavena pracovní neschopnost?										☐ Ano ☐ 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?										☐ Ano ☐ Ne	
Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře											
Ulice (místo), číslo popisné/orientační					Obec - dodací pošta				PSČ		
Název oddělení					Číslo oddělení			Telefon			
Datum					2 0						
Razítko a podpis lékaře											