

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)																																		
	5 0 9 7 0 5 3 8 1 0																																				
C. ZRUŠENÍ ČERPÁNÍ CESTOVNÍ SLUŽBY	Typ cestovní služby		Termín konání cestovní služby																																		
			od do																																		
	Datum platby cestovní služby		Její výše																																		
	Datum a důvod zrušení čerpání cestovní služby																																				
Spolucestující osoby, které ruší čerpání cestovní služby																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Rodné číslo</th> <th style="width: 45%;">Příjmení, Jméno, titul</th> <th style="width: 30%;">Vztah k pojištěnému</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>					Rodné číslo	Příjmení, Jméno, titul	Vztah k pojištěnému																														
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? ☐ Ano ☐ Ne Pokud Ano, u které?																																					
Číslo pojistné smlouvy Platnost od do																																					
Pojistné plnění poukážete na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností) Adresa příjemce																																					
Peněžní ústav Číslo účtu Rod banky Specifický symbol																																					

Pojištěný je povinen pojišťovně doložit:

- důvod (skutečnost), pro který je nutno čerpání cestovní služby zrušit,
- kopii objednávkový 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 neb
plnit. Souhlasím s tím, aby si Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu (o
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
pojištění) 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 pojistěného (opravněného)	

C.
POSKYTOVATEL
ČI ZPROSTŘED-
KOVATEL
CESTOVNÍ
SLUŽBY

IČ		Název poskytovatele či zprostředkovatele cestovní služby	
2 6 5 7 5 8 6 8		SUN OUTDOOR o.s.	
Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec – dodací pošta	
BÍLÁ 149		STARÉ HAMRY	
Telefon		E-mail	
7 7 4 5 5 6 0 5 1		info@sunoutdoor.cz	
Cena cestovní služby pro jednu osobu		Cena cestovní služby celkem	
Kč		Kč	
Datum platby cestovní služby		Vyše platby	
Kč		Kč	
Termín konání cestovní služby		Datum odhlášení účasti z cestovní služby	
od		do	
Byl zastupěn náhradník?		☐ Ano ☐ Ne	
Vyučtování stornopoplatků bylo provedeno dne		Ve výši	
Kč		Kč	
Dle stornovacích podmínek si poskytovatel či zprostředkovatel ponechal tuto částku		Kč	
Spolucestující osoby			
Rodné číslo		Příjmení, Jméno, titul	
Vztah k pojistěnému			
Datum		Potvrzujeme, že údaje o platbách a námi vyúčtovaném stornopoplatku jsou správné a nebyly převedeny k jinému termínu nebo zájezu	
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 pojistěného, osobu jméno a příjmení nebo osoby blízké, prosím, vyplňte tuto část. Souhlas se sdělováním informací o zdravotním stavu dává tato osoba svým podpisem na titulní straně tohoto listu vyhotovením zprávy hradí pojistěný (oprávněný).

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	
		Predpokládaný den porodu	
Došlo k úrazu pacienta následkem požití alkoholu nebo návykových látek?			
☐ Ano ☐ Ne			
Název zdravotního 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