



Oznámení pojistné události z pojištění STORNO

| | | | | |
|---|--|-------------------------------|---------------------|---|
| A. POJISTITEL | Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 180 00 Praha 8, Česká republika IČ 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897 | | | |
| B. POJIŠTĚNÝ | Rodné číslo | Příjmení | Jméno | |
| | Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační | | Obec – dodací pošta | |
| | Telefon | Mobilní telefon | E-mail | |
| | Číslo pojistné smlouvy | Počátek pojištění | | |
| C. ZRUŠENÍ ČERPÁNÍ CESTOVNÍ SLUŽBY | Typ cestovní služby | Termín konání cestovní služby | | |
| | Datum platby cestovní služby | od | do | |
| | Datum a důvod zrušení čerpání cestovní služby | | Její výše | |
| | | | Kč | |
| | Datum a důvod zrušení čerpání cestovní služby | | | |
| | Spolucestující osoby, které ruší čerpání cestovní služby a žádají o výplatu pojistného plnění na níže uvedený účet nebo adresu | | | |
| | Rodné číslo | Příjmení, jméno, titul | Vztah k pojištěnému | Podpis spolucestující osoby, která ruší čerpání cestovní služby (oprávněné osoby) |
| | | | | |
| | 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 E. 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 | do | | |
| Pojistné plnění poukážete na účet nebo na adresu (uvedte pouze jednu z možností) | | | | |
| Peněžní ústav | Číslo účtu | Kód banky | Specifický symbol | |
| Adresa příjemce | | | | |
|) Platnou variantu označte křížkem. X | | | | |
| <p>Pojištěný je povinen pojišťovně doložit:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▶ 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. | | | | |
| <p>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.</p> | | | | |
| Datum | | | | |
| | 2 | 0 | 1 | |
| Podpis pojištěného (oprávněné osoby) | | | | |

