



## Oznámení pojistné události z pojištění STORNO

<b>A. POJISTITEL</b>	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>B. POJIŠTĚNÝ</b>	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	
<b>C. ZRUŠENÍ ČERPÁNÍ CESTOVNÍ SLUŽBY</b>	Typ cestovní služby		Termín konání cestovní služby	
	Datum platby cestovní služby		Její výše	
	Datum a důvod zrušení čerpání cestovní služby		Kč	
	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?	
	Číslo pojistné smlouvy		Platnost	
	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

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

2 0 1

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

