



Oznámení pojistné události z pojištění přerušeni cesty a pojištění nevyužití cestovní služby

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobeřeží 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	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 společností? ¹⁾ <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Datum, kdy byla kontaktována asistenční společností	Datum přerušeni cesty

Důvod přerušeni cesty

Spolucestující osoby, které ruší cestu současně

Rodné číslo	Příjmení, jméno, titul	Vztah k pojištěnému

Jste pojištěn(a) stejným typem pojištění u jiné pojišťovny? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 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 přerušeni cesty (doklad o rozsáhlých škodách následkem živelné 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 (oprávněného)

