

Oznámení pojistné události z pojištění přerušeni cesty a pojištění nevyužití 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 pojistné události	
	5092013652			
C. PŘERUŠENÍ CESTY	Pobyt od	do	Místo pobytu	Stát pobytu ČR
	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				
<ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">• originály účtů za náhradní dopravu <li style="width: 33%;">• originál lékařské zprávy <li style="width: 33%;">• jiné potvrzení dle důvodu přerušeni cesty (doklad o rozsáhlých škodách následkem živelní události apod.) <li style="width: 33%;">• doklady o úrazu či onemocnění v zahraničí <li style="width: 33%;">• druh dopravy v zahraničí <li style="width: 33%;">• v případě úmrtí blízké osoby úmrtí list <li style="width: 33%;">• doklady o lékařském ošetření v zahraničí (v příslušné měně) 				

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
Kurz „Hravé inline“		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		

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

..... | 2 0 |

Podpis pojištěného (opravněného)

.....