

OZNÁMENÍ O ZRUŠENÍ ÚČASTI NA ZÁJEZDU

A. POJIŠŤENÝ

Číslo pojistné události: _____

Rodné číslo: _____	Příjmení: _____	Jméno: _____	Titul: _____
Adresa - ulice (místo), č. p: _____		Obec - dodací pošta: _____	PSČ: _____
Telefon včetně předvolby: _____	Číslo pojistné smlouvy (pojistiky): _____	Uzavřené dne: _____	Číslo klienta (bylo-li již přiděleno): _____
			Sazba _____

Číslo zájezdu: _____	Termín konání zájezdu: od: _____ do: _____
----------------------	--

Datum platby zájezdu: _____	její výše: _____	Kč
-----------------------------	------------------	-----------

Datum a důvod zrušení účasti na zájezdu:
.....

Spolucestující osoby, které ruší účast na zájezdu:

Rodné číslo	Příjmení, jméno, titul	Vztah k pojištěnému
.....
.....
.....
.....

Příjmení, jméno, titul osoby, kvůli jejímuž zdravotnímu stavu byla zrušena účast na zájezdu a vztah této osoby k pojištěnému:
.....

Souhlasím s tím, aby lékař podal Kooperativě, pojišťovně, a.s. zprávu o mém zdravotním stavu v části C tohoto tiskopisu: _____ (podpis)

Jste pojištěn(a) stejným typem pojištění u jiné pojišťovny? ¹⁾ Ano Ne

Pokud ano, u které? Uveďte číslo pojistné smlouvy a její platnost od - do:
.....

Pojistné plnění poukažte na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností):

Peněžní ústav: _____	Číslo účtu: _____	Kód banky: _____	Specifický symbol: _____
----------------------	-------------------	------------------	--------------------------

Pojištěný je povinen předložit pojišťovně kopii přihlášky na zájezd, doklad o zaplacené částce cestovní kanceláři, doklad o částce vrácené pojištěnému cestovní kanceláři, stornovací podmínky cestovní kanceláře, kopii potvrzení pracovní neschopnosti v případě jejího vystavení nebo propouštěcí zprávy z nemocnice, jiné potvrzení dle důvodů storna (doklad o rodinné příslušnosti, povolávací rozkaz, úmrtní list, policejní zprávu apod.), pojistnou smlouvu v případě individuálního pojištění, potvrzení cestovní kanceláře, že v uvedeném případě již nebylo možné zajistit náhradníka (stačí uvést v části B tohoto tiskopisu).

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. 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. získané údaje o mém léčení a zdravotním stavu (o léčení a zdravotním stavu pojištěného) zpracovávala po dobu potřebnou pro účely cestovního pojištění.

Datum: _____	V Místo Podpis pojištěného (oprávněného)
--------------	------------------	---

¹⁾ Platnou variantu označte křížkem.

B. CESTOVNÍ KANCELÁŘ

IČ:	Název cestovní kanceláře:		
Adresa - ulice (místo), č. p:		Obec - dodací pošta:	PSČ:
Telefon včetně předvolby:	Fax včetně předvolby:	E-mail:	
Cena zájezdu pro jednu osobu: Kč	Cena zájezdu celkem: Kč	Datum platby zájezdu:	Výše platby: Kč
Termín konání zájezdu od: do:		Datum odhlášení účasti na zájezdu:	
Byl zajištěn náhradník? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Vyúčtování stornopoplatků bylo provedeno dne:	Ve výši: Kč	Dle stornovacích podmínek si cestovní kancelář ponechala tuto částku: Kč	
Spolucestující osoby (příjmení, jméno, titul, rodné číslo):			
Potvrzujeme, že údaje o platbách a námi vyúčtovaném stornopoplatku jsou správné a nebyly převedeny k jinému termínu nebo zájezdu.			
Datum:	V	Místo	Razítko a podpis cestovní kanceláře

C. ZPRÁVA LÉKAŘE

Zpráva lékaře se vyžaduje pouze v případě vážné akutní nemoci nebo úrazu pojištěného účastníka zájezdu nebo jeho rodinného příslušníka (včetně rodičů) nebo osoby, která si spolu s pojištěným zaplatila zájezd a je také pojištěna. Zpráva musí být podána lékařem nejpozději v den nástupu na zájezd a musí se týkat zdravotního stavu osoby, kvůli které byla cesta zrušena. Souhlas se sdělováním informací o zdravotním stavu dává tato osoba		svým podpisem na titulní straně tohoto tiskopisu. V případě uplatnění nároku na pojistné plnění z důvodu zrušení účasti na zájezdu spolucestujícími osobami, se zpráva lékaře vyplňuje pouze jednou, a to pro osobu, jejíž zdravotní stav se stal důvodem zrušení účasti ostatních osob na zájezdu. Náklady spojené s vyhotovením zprávy hradí pojištěný (oprávněný).	
Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
Adresa - ulice (místo), č. p:		Obec - dodací pošta:	PSČ:
Jste stálým lékařem jmenovaného pacienta? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Vyžaduje uvedené onemocnění (úraz) hospitalizaci nebo upoutání pacienta na lůžko? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Byla vystavena pracovní neschopnost? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Potvrzení pracovní neschopnosti č.:	Pracovní neschopnost od:	do:	
V případě těhotenství uveďte:	Počátek těhotenství:	Předpokládaný den porodu:	
Došlo k úrazu pacienta následkem požití alkoholu nebo návykových látek? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře:			
Adresa - ulice (místo), č. p:		Obec - dodací pošta:	PSČ:
Název oddělení:	Číslo oddělení:	Telefon včetně předvolby:	
Datum:	V	Místo	Razítko a podpis lékaře