

A.
POJISTITEL

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 klienta (bylo-li již přiděleno)	

C.
ZRUŠENÍ
ČERPÁNÍ
CESTOVNÍ
SLUŽBY

Typ cestovní služby		Termín konání cestovní služby	
		od	
Datum platby cestovní služby		Její výše	
		Kč	
Datum a důvod zrušení čerpání cestovní služby			
Spolucestující osoby, které ruší čerpání cestovní služby			
Rodné číslo	Příjmení, jméno, titul	Vztah k pojištěnému	
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 C tohoto tiskopisu			
podpis			
Jste pojištěn(a) stejným typem pojištění u jiné pojišťovny?		Pokud Ano, u které?	
☐ Ano ☐ Ne			
Číslo pojistné smlouvy		Platnost	
		od	do
Pojistné plnění poukážte na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností)			
Adresa příjemce			
Peněžní ústav	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol

- doklad o částce, která byla vrácena („stornopoplatek“),
- stornovací podmínky,
- potvrzení poskytovatele či zprostředkovatele, že nebylo možno zajistit náhradníka,
- pojistnou smlouvu.

o nepravdivých odpovědích na povinnost pojišťovny
o léčení a zdravotním stavu pojištěného) veškerou
votním stavu pojištěného) pojišťovně,
zdravotním stavu (o léčení a zdravotním stavu

Datum	2 0	

C.
POSKYTOVATEL
ČI ZPROSTŘED-
KOVATEL
CESTOVNÍ
SLUŽBY

IČ

Název poskytovatele či zprostředkovatele cestovní služby

Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec – dodací pošta

PSČ

Telefon

Mobilní telefon

E-mail

Cena cestovní služby pro jednu osobu

Cena cestovní služby celkem

Datum platby cestovní služby

Výše platby

Termín konání cestovní služby

Datum odhlášení účasti z cestovní služby

Byl zajištěn náhradník?

Ano

Ne

Vyučtování stornopoplatků bylo provedeno dne

Ve výši

Dle stornovacích podmínek si poskytovatel či zprostředkovatel ponechal tuto částku

Spolucestující osoby

Rodné číslo

Příjmení, jméno, titul

Vztah k pojištěnému

Datum

Potvrzujeme, že údaje o platbách a námi vyúčtovaném stornopoplatku jsou správné a nebyly převedeny k jinému termínu nebo zájezdu.

Razítko a podpis poskytovatele či zprostředkovatele

D.
ZPRÁVA
LÉKAŘE

V případě, že budete uplatňovat zrušení čerpání cestovní služby z důvodu akutní nemoci či úrazu pojištěného, osoby na stejné po-
část. Souhlas se sdělováním informací o zdravotním stavu dává tato osoba svým podpisem na titulní straně tohoto tiskopisu. Nákl
(oprávněný).

jistné smlouvě či osoby blízké, prosím, vyplňte tuto
ady spojené s vyhotovením zprávy hradí pojištěný

Rodné číslo

Příjmení

Jméno

Titul

Adresa – ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec – dodací pošta

PSČ

Jste stálým lékařem jmenovaného pacienta?

Ano

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?

Ano

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?

Ano

Ne

Vyžaduje uvedené onemocnění (úraz) hospitalizaci nebo upoutání pacienta na lůžko?

Ano

Ne

Byla vystavena pracovní neschopnost?

Ano

Ne

Potvrzení pracovní neschopnosti č.

Pracovní neschopnost

V případě těhotenství uveďte

Počátek těhotenství

Předpokládaný den porodu

Došlo k úrazu pacienta následkem požití alkoholu nebo návykových látek?

Ano

Ne

Název zdravotnického zařízení nebo jméno lékaře

Ulice (místo), číslo popisné/orientační

Obec - dodací pošta

PSČ

Název oddělení

Číslo oddělení

Telefon

Datum

Razítko a podpis lékaře