

## Oznámení o zrušení čerpání cestovní služby

<b>A. POJISTITEL</b>	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>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	Číslo klienta (bylo-li již přiděleno)	

5092018252

<b>C. ZRUŠENÍ ČERPÁNÍ CESTOVNÍ SLUŽBY</b>	Typ cestovní služby	Termín konání cestovní služby		
	Datum platby cestovní služby	od	do	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?	
	Číslo pojistné smlouvy	Platnost	od	do
	Pojistné plnění poukažte na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností)			
Adresa příjemce				
Peněžní účet	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	

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 („stornopoplatek“),
- 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 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) zpracovávala po dobu potřebnou pro účely cestovního pojištění.

o nepravdivých odpovědích na povinnost pojišťovny 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) zpracovávala po dobu potřebnou pro účely cestovního pojištění.

Datum

2 0

Podpis pojištěného (opravněného)

**C.  
POSKYTOVATEL  
ČI ZPROSTŘED-  
KOVATEL  
CESTOVNÍ  
SLUŽBY**

IČ <b>24230910</b>		Název poskytovatele či zprostředkovatele cestovní služby <b>Předškolní sport, s.r.o.</b>	
Adresa - ulice (místo), číslo popisné/orientační <b>Pod Hůrkou 116</b>		Obec - dodací pošta <b>Černolice</b>	
Telefon		PSČ <b>25210</b>	
Mobilní telefon <b>608606170</b>		E-mail <b>pavla.novotna@predskolnispport.cz</b>	
Cena cestovní služby pro jednu osobu	Cena cestovní služby celkem	Datum platby cestovní služby	Výše platby
Termín konání cestovní služby od		Datum odhlášení účasti z cestovní služby	
do			
Byl zajištěn náhradník?			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Vyúčtování 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.		
<b>20</b>			

.....  
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 počást. Souhlas se sdělováním informací o zdravotním stavu dává tato osoba svým podpisem na titulní straně tohoto tiskopisu. Náklad jistné smlouvě či osoby blízké, prosím, vyplňte tuto ady spojené s vyhotovením zprávy hradí pojištěný (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?			<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			
Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Obec - dodací pošta	PSČ
Název oddělení		Číslo oddělení	Telefon

Datum  
**20**

.....  
Razítko a podpis lékaře