



## Oznámení pojistné události z pojištění STORNO

<b>A. POJISTITEL</b>	Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobežní 665/21, 180 00 Praha 8, 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	
	<b>Majitel účtu / držitel karty</b> <sup>2)</sup>	Rodné číslo	Příjmení	Jméno
<b>C. ZRUŠENÍ ČERPÁNÍ CESTOVNÍ SLUŽBY</b>	Typ cestovní služby (např. zájezd, letenky, ubytování, apod.)		Termín konání cestovní služby	
			od	do
	Datum platby cestovní služby		Její výše	
				Kč
	Datum a důvod zrušení čerpání cestovní služby			
	.....			
	.....			
	.....			
	.....			
	.....			
Spolucestující osoby, které ruší čerpání cestovní služby a žádají o výplatu pojistného plnění na níže uvedený účet nebo adresu				
Rodné číslo	Příjmení, jméno, titul		Vztah k pojištěnému	Podpis spolucestující osoby, která ruší čerpání cestovní služby (oprávněné osoby)
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 F. tohoto tiskopisu				
podpis				
Jste pojištěn(a) stejným typem pojištění u jiné pojišťovny? <sup>2)</sup>		<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne	Pokud Ano, u které?
Číslo pojistné smlouvy		Platnost		
		od	do	
Pojistné plnění poukažte na účet nebo na adresu (uveďte pouze jednu z možností)				
Peněžní ústav	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	
Adresa příjemce				

<sup>2)</sup> Platnou variantu označte křížkem. ☒

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 („stornoplatek“),  
 ▶ stornovací podmínky,  
 ▶ potvrzení poskytovatele či zprostředkovatele, že nebylo možno zajistit náhradníka,  
 ▶ pojistnou smlouvu.

### D. INFORMACE O ZPRACOVÁVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

#### ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Více informací, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění, který je trvale dostupný na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

#### Informace o zpracování údajů o zdravotním stavu

Berete na vědomí, že jsou-li pro šetření pojistné události nezbytné údaje o zdravotním stavu, zpracovává je pojišťovna na základě nezbytnosti pro určení, výkon a obhajobu právních nároků, a to za účelem správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události a za účelem ochrany před neoprávněnými či protiprávními nároky a předcházení podvodům a jejich vyšetřování, zajištění a soupojištění.

## D. INFORMACE O ZPRACOVÁVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

### Informace o zpracování osobních údajů vyjma údajů o zdravotním stavu

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojistitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojištěným a souvisejících vztahů s pojištěným, případně poškozeným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námitku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů u pojištěných osob.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojistitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojistitele vztahují.

**Odesláním tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží.**

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., Vienna Insurance Group, vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu (o léčení a zdravotním stavu pojištěného) veškerou potřebnou dokumentaci a opravňují dotazované lékaře a zdravotnická zařízení ke sdělování informací o mém zdravotním stavu (zdravotním stavu pojištěného) pojišťovně, a to i v případě úmrtí.

Datum

2 0 2

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

## E. 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
Kč		Kč	
Termín konání cestovní služby	Datum odhlášení účasti		
od	do	z cestovní služby	
Byl zajištěn náhradník?			<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Vyúčtování stornopoplatků	Ve výši	Dle stornovacích podmínek si poskytovatel	
bylo provedeno dne	Kč	či zprostředkovatel ponechal tuto částku	
		Kč	
Spolucestující osoby			
Rodné číslo	Příjmení, jméno, titul	Vztah k pojištěnému	
Datum			
2 0 2		<b>Potvrzujeme, že údaje o platbách a námi vyúčtovaném stornopoplatku jsou správné a nebyly převedeny k jinému termínu nebo zájezdu.</b>	

\*) Platnou variantu označte  
křížkem. ☒

## F. ZPRÁVA LÉKAŘE

V případě, že budete uplatňovat zrušení čerpání cestovní služby z důvodu akutní nemoci či úrazu pojištěného, osoby na stejné pojistné smlouvě či osoby blízké, prosím, vyplňte tuto část. Souhlas se sdělováním informací o zdravotním stavu dává tato osoba svým podpisem na titulní straně tohoto tiskopisu. Náklady spojené s vyhotovením zprávy hradí pojištěný (oprávněný).

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	

\*) Platnou variantu označte  
křížkem. ☒

Datum

2 0 2

Razítko a podpis lékaře