

## OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

poistenie nečerpaných služieb a predčasného návratu

### POISŤOVŇA

**KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group**  
 Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1  
 IČO: 00 585 441  
 DIČ: 2020527300  
 IČ DPH: SK7020000746  
 Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.  
 Registrácia: Obchodný register Okresného súdu BA I., odd: Sa, vložka 79/B

### ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený)

Číslo poistnej zmluvy (z poistky)				
Priezvisko	Meno, titul		Rodné číslo	
Adresa bydliska				PSČ
Telefonický kontakt		E-mail		
Dôvod nečerpaných služieb				
choroba		úraz	smrť	živelná udalosť
iné				
Stručný popis poistnej udalosti				
Dátum kontaktu klienta s Assist-Card			Dátum klientovho návratu	
Odsúhlasenie predčasného návratu s Coris dňa				
Počet čerpaných dní			Počet nečerpaných dní	
Meno osoby, ktorá ovplyvnila nečerpanie služieb				
Príbuzenský vzťah k poistenému				

### POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA

Poistné plnenie žiadam poukázať:				
na adresu				PSČ
na účet (IBAN)			Názov banky	
áno	Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu		nie	Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám uveďte vlastníka účtu a vzťah

Spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Vás informuje, že osobné údaje dotknutých osôb spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň Vás informuje, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group [www.kooperativa.sk](http://www.kooperativa.sk).

Dátum

Podpis klienta (resp. zákonného zástupcu maloletého)

**TÚTO ČASŤ VYPLŇUJE ZÁSTUPCA CESTOVNEJ KANCELÁRIE**

Číslo zájazdu		Termín zájazdu	
Poistné uhradené dňa	Vo výške	Vyúčtované dňa	
Cena zájazdu (na osobu)		Cena na 1 deň pobytu (na osobu)	
Uzatvoril klient toto poistenie aj v inej poisťovni?			
Dátum		Pečiatka a podpis CK	