

Hlásenie o poistnej udalosti

## Poistenie storna



Generali Poist'ovňa, a. s., odštepny závod Európska cestovná poist'ovňa •

Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava • IČO 35 709 332 •

Tel.: +421 2 544 177 08 • [info@europska.sk](mailto:info@europska.sk) • [www.europska.sk](http://www.europska.sk)

Prosíme vyplňte starostlivo tento formulár čitateľným paličkovým písmom a pošlite ho na horeuvedenú adresu. **Nezabudnite prosím na lekárske potvrdenie na zadnej strane, ktoré vyplní ošetrujúci lekár.** Ďakujeme za Vašu ochotu!

Číslo poistnej zmluvy:

Číslo škodovej udalosti:

(vyplní klient)

(vyplní Európska cestovná poist'ovňa)

Prosíme vhodné zaškrtnúť!

### A. Otázky na cestovnú kanceláriu príp. organizátora cesty

Organizátor cesty ..... cieľ cesty .....

Rezervované dňa..... začiatok cesty ..... koniec cesty .....

Kedy bola cesta  stornovaná  zmena v rezervácii  prerušená .....

Dohodnutá cena € ..... existuje poistenie storna u organizátora zájazdu?  áno  nie

Výška storno nákladov € ..... to je ..... % ceny zájazdu

Razítko + podpis cestovnej kancelárie

Kontaktná osoba pre prípadné otázky:

Meno .....

Tel. číslo: .....

Dátum .....

### B. Otázky na účastníka cesty

Meno a priezvisko .....

PSČ ..... adresa .....

Dátum narodenia ..... tel. číslo ..... mail .....

Ďalší účastníci cesty, ktorých zájazd bo tiež stornovaný/zmenený/prerušený:

Meno a priezvisko dátum narodenia príbuzenský pomer

.....

.....

.....

.....

Prečo bol zájazd stornovaný?

choroba  úraz  smrť  tehotenstvo  škoda na majetku

strata zamestnania  znášanlivosť očkovania  ostatné: .....

Meno osoby ktorej sa to týka ..... Osobe, ktorá nemala rezerváciu:

- v akom príbuzenskom pomere je k účastníkovi zájazdu? .....

Existuje ešte ďalšia poistná zmluva so stornom?  nie  áno

Ak áno, aká? .....

Kedy vznikla udalosť vedúca ku stornovaniu? .....

Pobyt v nemocnici  nie  áno od ..... do.....

Ohlásenie choroby v sociálnej poisťovni  nie  áno od ..... do.....

Poistné plnenie má obdržať  účastník cesty  cestovná kancelária ktorá rezerváciu urobila

na uvedený účet: účet znie na: .....

banka ..... číslo konta: ..... kód banky .....

účel použitia .....

IBAN\* ..... BIC kód\*.....

*\* len pri poukázaní do zahraničia*

Týmto zbavujem lekára lekárskej mlčanlivosti a súhlasím s tým, aby moje údaje boli sprostredkované poisťovateľovi.

Dátum .....

Podpis .....

**Číslo poisťnej zmluvy:**

(vyplní klient)

**Číslo škodovej udalosti:**

(vyplní Európska CP)

Prosím vhodné zaškrtnúť!

### C. Otázky na ošetrojúceho lekára

(pri ošetrení odborného lekára /špecialistu na odborného lekára, pri ošetrení v nemocnici na nemocnicu)

Vážená pani doktorka, vážený pán doktor,

kvôli ochoreniu, resp. úrazu Vášho pacienta bolo u nás uplatnené poistenie storna zájazdu. V záujme spracovania poisťného prípadu podľa stanovených podmienok, prosíme Vás o úplné zodpovedanie dolu-uvedených otázok. Náš poistený je povinný podľa článku 7, bod 1.5. poisťných podmienok k stornu zájazdu Vás zbaviť záväzku mlčanlivosti.

Ďakujeme Vám za spoluprácu, Európska cestovná poisťovňa.

#### Lekárske osvedčenie

meno pacienta: ..... dátum narodenia: .....

adresa: .....

1. presná diagnóza (prosíme čitateľne):

predpísaná terapia:

Bol pacient na základe stanovenej diagnózy hospitalizovaný?

nie  áno nemocnica/klinika: ..... od:..... do:.....

Hlásenie choroby v Sociálnej poisťovni

nie – zdôvodnenie: .....

áno (kópiu hlásenia choroby priložiť) od:..... do:.....

2. Kedy pacient ochorel / kedy úraz nastal? Dátum\*: .....

3. Je možné ochorenie/následky úrazu z lekárskeho hľadiska označiť ako ťažké? (t.j. spojené s neschopnosťou cestovať?)

nie  áno Kedy bola neschopnosť cestovať po prvýkrát poznateľná? Dátum \*: .....

3a. Ak nie je spolucestujúci príbuzný (manžel/-ka, deti, rodičia, súrodenci) dotknutý: Kedy bolo zrejmé, že prítomnosť poisteného /poistených/ je v mieste bydliska nevyhnutná? Dátum\*:.....

*\*ak tieto dátumy nie sú totožné, prosíme o zdôvodnenie:*

4. Bol pacient pri uzatváraní poisťky /rezervácii zájazdu (dátum:.....) schopný nastúpiť na zájazd?

nie  áno

5. Ide o chorobu, ktorá trvá už dlhšiu dobu?  nie  áno od kedy:.....

Došlo k závažnému zhoršeniu zdravotného stavu  nie  áno

Bol pacient v posledných 12 mesiacoch pred uzavretím poisťky na základe stanovenej diagnózy hospitalizovaný?

nie  áno nemocnica/klinika:..... od:..... do: .....

6. Pýtal sa Vás pacient pred uzatvorením poisťky na možnosť nastúpiť na zájazd?

nie  áno

V prípade tehotenstva prosíme doložiť kópiu tehotenskej knižky.

Miesto pre poznámky:

Svojim podpisom potvrdzujem, že uvedené údaje sú pravdivé a súhlasím s tým, že poskytnuté údaje budú použité na účely vyhodnotenia rizika.

Zaväzujem sa ústne informovať o týchto skutočnostiach posudkových lekárov poisťovateľa.

Poisťovateľ si vyhradzuje právo vyvodiť právne dôsledky v prípade poskytnutia nepravdivých údajov.

Ktorý lekár môže poskytnúť informácie o priebehu choroby:

Meno, adresa a telefónne číslo lekára:

.....

.....

.....

dátum, razítko a podpis ošetrojúceho lekára