

Hlásenie o poistnej udalosti**Poistenie storna****Europäische
Reiseversicherung AG**

poisťovňa z iného členského štátu

P.O.Box 4, 810 11 Bratislava, Tel.: +421 2 544 177 08, Fax. +421 2 544 101 74, e-mail: info@europska.sk

Vyplňte prosím starostlivo a úplne tento formulár paličkovým písmom pošlite ho na hore uvedenú adresu. Nezabudnite prosím na lekárske potvrdenie na zadnej strane, ktoré vyplní ošetrojúci lekár.
Ďakujeme za Vašu ochotu!

Číslo PZ:

Číslo škodovej udalosti:

Prosím vhodné zaškrtnúť!



(vyplní Európska CP)

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

Kontaktná osoba pre prípadné otázky: _____ razítko / podpis:

Meno _____

Tel. číslo: _____

Dátum _____

B. . Otázky na účastníka cesty

Meno a priezvisko _____

PSC _____ adresa _____

Dátum narodenia _____ tel. číslo e-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 PZ: _____ číslo škodovej udalosti: _____
(doplní EURÓPSKA CP)

Prosíme vhodné označiť!

C. Otázky na ošetrojúceho lekára

(pri ošetrovaní odborného lekára /špecialistu na odborného lekára. pri ošetrovaní 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 poistného prípadu podľa stanovených podmienok prosíme Vás o úplné zodpovedanie dolu uvedených otázok. Naš poistený je povinný podľa článku 7, bod 1.5. poistných podmienok k stornu zájazdu Vás zbaviť záväzku mlčanlivosti.

Ďakujeme Vám za spoluprácu. EURÓPSKA cestovná poisťovňa, pobočka zahraničnej poisťovne.

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 poistky /rezervácii zájazdu (dátum: _____) schopný nastúpiť

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 vyššie uvedený pacient nie je schopný nastúpiť na zájazd do so začiatkom cesty, ako aj správnosť a úplnosť uvedených údajov. 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