

Hlásenie poistnej udalosti

Poistenie storna

Europäische
Reiseversicherung AG,
organizačná zložka Slovensko

P.O.Box 4, 810 11 Bratislava 111, Tel.: +421 2 544 177 06, Fax: +421 2 544 101 74, e-mail: info@europska.sk

Vyplňte prosím starostlivo a úplne tento formulár paličkovým písmom a pošlite ho na hore uvedenú korešpondenčnú 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:

pečiatka / 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 bol 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: _____

Osoba, 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? _____

Pobyť v nemocnici nie áno od _____ do _____

Ohlásenie choroby v zdravotnej 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: _____

(doplň EURÓPSKA CP)

Prosíme vhodné označiť!

C. Otázky na ošetrojúceho lekára

(pri ošetroení odborného lekára /špecialistu na odborného lekára. pri ošetroení 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, zbaviť Vás záväzku mlčanlivosti.

Ďakujeme Vám za spoluprácu.

EUROPÄISCHE REISEVERSICHERUNG AG, 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 zdravotnej poisťovni

nie – zdôvodnenie: _____

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

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 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