

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 • Fax: +421 2 544 101 74 • info@europska.sk • 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 CP)

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 poistnej 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 poistného prípadu podľa stanovených podmienok, prosíme Vás o úplné zodpovedanie dolu-uvedených otázok. Náš 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.

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 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