

Hlásenie o poistnej udalosti

Poistenie storna



Generali Poist'ovňa, pobočka poist'ovne z iného členského štátu •

používateľ ochrannej známky Európska cestovná poist'ovňa •

Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava • Tel.: +421 2 544 177 04 • 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 poisťovňa)

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

Pečiatka + 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 žiadam poukázať na nasledovný účet

Meno/názov majiteľa účtu:

Číslo účtu klienta (IBAN):

Názov banky:

BIC Code (v prípade, ak je bankový účet vedený mimo SR):

Pozn. Poistné plnenie môže byť vyplatené výlučne na účet poistníka alebo poistenej osoby. Poistné plnenie nemôže byť vyplatené na účet sprostredkovateľa.

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 poisťovňa)

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. Naš poistený je povinný podľa článku 7, bod 1.5. poistných podmienok k stornu zájazdu Vás zbaviť záväzku mlčanlivosti.
Ďakujeme Vám za spoluprácu, poisťovňa Generali.

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 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, pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

Povinné prílohy:

- potvrdenie o cestovnom poistení (poistná zmluva)
- potvrdenie o rezervácii zájazdu (zmluva o zájazde), letenky, resp. inej cestovnej služby
- stornofaktúra
- potvrdenie o pracovnej neschopnosti
- podrobná lekárska správa

Povinné prílohy - storno cesty z dôvodu COVID-19:

- potvrdenie o cestovnom poistení (poistná zmluva)
- potvrdenie o rezervácii zájazdu (zmluva o zájazde), letenky, resp. inej cestovnej služby
- stornofaktúra
- výsledok o pozitívnom PCR teste (nie starší ako 14 dní pred plánovaným nástupom na cestu)

Povinné prílohy - prerušenie cesty:

- potvrdenie o cestovnom poistení (poistná zmluva)
- potvrdenie o rezervácii zájazdu (zmluva o zájazde), letenky, resp. inej cestovnej služby
- stornofaktúra- vyčíslenie nevyužitých služieb
- lekárska správa a odporúčanie miestneho lekára v zahraničí cestu prerušiť
- účty za nocľah, cestovné náklady v origináloch

Vyplnený formulár nám spolu s prílohami zašlite čo najskôr e-mailom na info@europska.sk alebo poštou na adresu:

Generali Poistovňa- Európska cestovná poisťovňa
Lamačská cesta 3/A
841 04 Bratislava