

Hlásenie škodovej udalosti (Poistenie storna)



Generali Poistovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu,
používateľ ochrannej známky Európska cestovná poisťovňa
Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, Tel.: +421 2 544 177 04, info@europska.sk, www.europska.sk

Prosíme vyplňte starostlivo tento formulár a pošlite ho na horeuvedenú adresu. **Nezabudnite, prosím, na lekárske potvrdenie na tretej a štvrtej strane, ktoré vyplní ošetrujúci lekár.**

Číslo poisťnej zmluvy (24.....) Číslo poisťnej zmluvy (iné)
Číslo škodovej udalosti

Vyplní cestovná kancelária, prípadne organizátor cesty

Organizátor cesty	Cieľ cesty	
Dátum rezervácie	Dátum začiatku cesty	Dátum konca cesty
Dátum a dôvod prečo bola cesta stornovaná/prerušená/vykonaná zmena v rezervácii		
Dohodnutá cena v €	Existuje poistenie storna u organizátora zájazdu?	
	☐ ÁNO ☐ NIE	
Výška storno nákladov v €	Meno, priezvisko a telefónne číslo kontaktnej osoby pre prípadné otázky	
To je % ceny zájazdu	Pečiatka a podpis cestovnej kancelárie	
Dátum		

Osoba, u ktorej nastala škodová udalosť

Titul	Meno	Priezvisko	Dátum narodenia
Adresa			
Telefónne číslo (súkromné s predvoľbou)		Telefónne číslo (do firmy s predvoľbou)	
Povolanie		E-mailová adresa	
Cestovali ste sám/sama?	Dátum začiatku cesty	Dátum konca cesty	
☐ ÁNO ☐ NIE			
Ďalší účastníci cesty, ktorých zájazd bol tiež stornovaný/zmenený/prerušený			
Uvedte meno a priezvisko, dátum narodenia a príbuzenský pomer			

pokračovanie na ďalšej strane >>>

Prečo bol zájazd stornovaný?

☐ choroba ☐ úraz ☐ smrť ☐ tehotenstvo ☐ škoda na majetku ☐ strata zamestnania
☐ znášanlivosť očkovania ☐ iné

Meno osoby, kvôli ktorej nie je možné nastúpiť na cestu a jej príbuzenský pomer k účastníkovi zájazdu

Existuje ďalšia poistná zmluva so stornom?

☐ ÁNO ☐ NIE

Ak áno, aká?

Dátum vzniku udalosti vedúcej k stornu?

Ohlásenie choroby sociálnej poisťovni

☐ ÁNO ☐ NIE

Hospitalizácia

od

do

Poistné plnenie poukážete na číslo účtu (IBAN)

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

a) pri storne 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)

b) 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

Vyhlásenie poisteného: Vyhlasujem, že som všetky údaje a otázky zodpovedal(a) pravdivo a úplne, že som k hláseniu vyplnil(a) pre Generali Poisťovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, používateľ ochrannej známky Európska cestovná poisťovňa, len toto oznámenie a že som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poistiteľa plniť. Súhlasím, aby si Generali Poisťovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave pre potreby šetrenia škodovej udalosti.

Miesto:

Dátum:

Meno, priezvisko a podpis poisteného
(resp. jeho zákonného zástupcu)

Poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa:

www.generali.sk

Generali Poisťovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, IČO: 54 228 573, so sídlom Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Po, vložka č.: 8774/B, organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, prostredníctvom ktorej v Slovenskej republike podniká Generali Česká pojišťovna a.s., IČO: 452 72 956, so sídlom Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 1464, člen Skupiny Generali, zapísanej v talianskom registri poisťovacích skupín, vedenom IVASS, pod č. 026.

Lekársky dotazník

(pri ošetrovaní odborným lekárom/špecialistom 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, Vás prosíme o úplné zodpovedanie dolu uvedených otázok. Naš poistený je povinný podľa článku 7, bod 1.5. poistných podmienok k stornu Vás zbaviť záväzku mlčanlivosti.

Ďakujeme Vám za spoluprácu.

Lekárske osvedčenie

Meno a priezvisko pacienta

Dátum narodenia

Adresa

Presná diagnóza (prosíme čitateľne)

Predpísaná terapia

Bol pacient na základe stanovenej diagnózy hospitalizovaný?

☐ ÁNO

☐ NIE

Adresa a názov zariadenia

Hospitalizácia

od

do

Ohlásenie choroby sociálnej poisťovni

☐ ÁNO

☐ NIE

Ak **áno**, prosíme doložiť kópiu hlásenia choroby. Ak **nie**, uveďte dôvod nenahlásenia.

Kedy pacient ochorel / kedy úraz nastal?

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

☐ ÁNO

☐ NIE

Kedy bola neschopnosť cestovať po prvýkrát poznateľná? *

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

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

Bol pacient pri uzatváraní poistky / rezervácii zájazdu schopný nastúpiť na zájazd?

☐ ÁNO

☐ NIE

Ide o chorobu, ktorá trvá už dlhšiu dobu?

☐ ÁNO

☐ NIE

Ak áno, odkedy?

Došlo k závažnému zhoršeniu zdravotného stavu?

☐ ÁNO

☐ NIE

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

☐ ÁNO

☐ NIE

Adresa a názov zariadenia

Pýtal sa Vás pacient pred uzatvorením poistky na možnosť nastúpiť na zájazd?

☐ ÁNO

☐ NIE

V prípade tehotenstva prosíme doložiť kópiu tehotenskej knižky.

Poznámky

Ktorý lekár môže poskytnúť informácie o priebehu choroby (uvedte meno, adresu a telefónne číslo lekára)

Čestne vyhlasujem, že som pravdivo a úplne odpovedal(a) na všetky zadané údaje a otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí. Zaväzujem sa ústne informovať o týchto skutočnostiach posudkových lekárov poisťovateľa.

Miesto:

Dátum:

Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

