

**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 06, 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 \_\_\_\_\_  
 PSČ \_\_\_\_\_ 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

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. 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