

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 znášanosť 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 uvedené konto konto znie na

banka číslo konta: kód banky

účel použitia IBAN* BIC kód*

Týmto zbavujem lekára lekárskej mlčanlivosti a súhlasím s tým, aby moje údaje boli sprostredkované poisťovateľovi.

Dátum Podpis

Číslo PZ:

Číslo škodovej udalosti:

Prosím vhodné zaškrtnúť!

(vyplní Európska CP)

C. Otázky na ošetrujúceho lekára

(pri ošetrovaní odborného lekára /špecialistu 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 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, 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 poisťky /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 uzatvorením 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 vyvodíť 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 ošetrujúceho lekára