

# Poistenie storna

**Generali Poistovňa, a. s., odštepny závod Európska cestovná poistovňa •**

**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

Prosím, starostlivo vyplňte tento formulár čitateľným paličkovým písmom a pošlite ho na vyššie uvedenú adresu. **Nezabudnite, prosím, na lekárske potvrdenie, ktoré vyplní ošetrujúci lekár.** Ďakujeme za Vašu ochotu!

**Číslo poistnej zmluvy:**  
(vyplní klient)

**Číslo škodovej udalosti:**  
(vyplní Európska CP)

Prosím, vhodné zaškrtnúť!

## OTÁZKY NA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Vážená pani lekárka, vážený pán lekár,  
pre ochorenie, resp. úraz Vášho pacienta bolo u nás uplatnené poistenie storna zájazdu. V záujme spracovania poistného prípadu podľa stanovených podmienok Vás prosíme o úplné zodpovedanie nižšie uvedených otázok. Náš poistený je povinný podľa **článku 8, bod 1.5. poistných** podmienok k stornu zájazdu zbaviť Vás záväzku mlčanlivosti.

Ďakujeme Vám za spoluprácu, Európska cestovná poistovňa.

### Lekárske osvedčenie

**Meno pacienta:**

**Dátum narodenia:**

**Adresa:**

#### 1. Presná diagnóza (prosíme čitateľne):

V prípade tehotenstva prosíme doložiť kópiu tehotenskej knižky.

**Predpísaná terapia:**

**Bola vystavená PN?**  ÁNO  NIE

**dátum:**

**2. Kedy pacient ochorel/kedy úraz nastal?**

**dátum:**

**3. Ak pacient nie je spolucestujúcim rodinným príslušníkom, kedy bolo zrejmé, že jeho zdravotný stav si vyžaduje prítomnosť poisteného v mieste bydliska?**

**dátum:**

**4. 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?**

**dátum:**

**5. Bol pacient pri uzatváraní poistky/rezervácii zájazdu (dátum: \_\_\_\_\_) schopný nastúpiť na zájazd?**  ÁNO  NIE

pokračovanie na ďalšej strane >>>

6. Bol pacient v posledných 12 mesiacoch pred uzavretím poisťky na základe stanovenej diagnózy hospitalizovaný?  ÁNO  NIE

nemocnica/klinika:

od:

do:

7. Bol pacient v posledných 9 mesiacoch pred uzavretím poisťky na základe stanovenej diagnózy liečený?

ÁNO  NIE

nemocnica/klinika:

od:

do:

Miesto na poznámky:

Svojím 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.

Lekár, ktorý môže poskytnúť informácie o priebehu choroby:

Meno, adresa a telefónne číslo lekára:

\_\_\_\_\_ dátum, pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára