

# Prijava škode Hotelstorno

Europäische Reiseversicherung AG, Kratochwjlestraße 4, A-1220 Wien

Tel. +43/1/317 25 00-73930, Fax +43/1/319 93 67-73930, E-Mail: schaden@europaeische.at



Prosimo, natančno in popolno izpolnite ta obrazec s tiskanimi črkami ter ga pošljite na zgoraj navedeni naslov ( po pošti, fax-u ali preko E-mail naslova).

Št. police: \_\_\_\_\_

Št. škode: \_\_\_\_\_

(izpolni zavarovalnica!)

## A. Vprašanja za hotel ali najemodajalca

Rezervirano dne \_\_\_\_\_ Bivanje od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Kdaj je bilo bivanje  stornirano  prekinjeno \_\_\_\_\_

Cena aranžmaja € \_\_\_\_\_ za \_\_\_\_\_ oseb

Višina stroškov za \_\_\_\_\_ dan/dni je € \_\_\_\_\_ to je \_\_\_\_\_ % cene aranžmaja.

Kontaktna oseba pri morebitnih vprašanjih: \_\_\_\_\_ Žig/podpis: \_\_\_\_\_

Ime in priimek \_\_\_\_\_

Tel. št. \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Pomembno:** Prosimo vas za predložitev dokumenta potrditve rezervacije in storno računa oziroma storno stroškov. V primeru da je odstavek A popolno izpolnjen in podpisan s strani hotela ali najemodajalca predložitev navedenih dokumentov ni potrebna.

## B. Vprašanja za udeleženca bivanja (stranka)

Gospod  Gospa Priimek \_\_\_\_\_ Ime \_\_\_\_\_

Cesta/ulica \_\_\_\_\_

Poštna številka \_\_\_\_\_ Mesto \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

Datum rojstva \_\_\_\_\_ Tel. št. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Ostali udeleženci bivanja**, ki so bivanje prav tako stornirali/prekinili

Ime in priimek	Datum rojstva	Sorodstveno razmerje
----------------	---------------	----------------------

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Zakaj je bilo bivanje stornirano/prekineno?**  Bolezen  Nezgoda  Smrt  Premoženjska škoda

Drugo \_\_\_\_\_

**Pomembno:** V primeru bolezni/nezgode/nočečnosti se izpolni naslednje potrebne zdravstvene podatke - v primeru prekinitve je potrebno zdravstveno potrdilo s strani lečečega zdravnika. Drugi razlogi morajo biti dokazani s potrebnimi dokumenti (npr.: dokazilo o smrti,...)

Ime dotične osebe \_\_\_\_\_

**Pri osebi, ki ne potuje zraven:** v kakšnem sorodstvenem razmerju je z udeležencem potovanja? \_\_\_\_\_

**Pomembno:** Prosimo vas za priložitev dokumentov o potrditvi družinske zveze ( npr.: kopija rojstnega lista, ...).

Kdaj se je pripetil dogodek, ki je vzrok za storno/prekinitve? \_\_\_\_\_

**Bivanje v bolnišnici**  Ne  Da – od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

**Bolniški list za ZZSZ**  Ne  Da – od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Ali obstaja še kakšno drugo zavarovanje za primer storna?  Ne  Če da – kakšno?

Zavarovalnica \_\_\_\_\_ Št. police. \_\_\_\_\_

Zavarovalnino prejme  gost  hotel / najemodajalec apartmaja  
 advance payment to the guest and final payment to the hotel/ lessor

TRR glasi na: \_\_\_\_\_

TRR-Nr. \_\_\_\_\_ Bančna številka \_\_\_\_\_ Banka \_\_\_\_\_

IBAN\* \_\_\_\_\_ BIC\* \_\_\_\_\_

\* samo pri nakazilih v tujino

S svojim podpisom potrjujem ter pravilnost in popolnost svojih navedb.

Obvezujem se, da bom o predmetnih izsledkih v tem spričevalu posredoval ustno informacijo zaupnim zdravnikom zavarovalnice.

Datum \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_

Št. police: \_\_\_\_\_

Št. škode: \_\_\_\_\_

(izpolni zavarovalnica!)

**C. Vprašanja za lečečega zdravnika** (pri specialističnem zdravljenju za zdravnika specialista, pri bolnišničnem zdravljenju za bolnišnico – v primeru psihičnega obolenja je potrebno potrdilo s strani specialista psihiatra.

**Spoštovani,**

Zaradi bolezni oz. nezgode vašega pacienta (oz. premoženjske škode vaše pacientke) se pri nas uveljavljajo zahtevki v okviru zavarovanja za storno potovanja. V interesu obdelave Zavarovalnega primera in v skladu s pogoji vas prosimo, da natančno odgovorite na vsa spodnja vprašanja. Naš zavarovanec je dolžan, da vas v skladu s Pogojev za zavarovanje storna potovanja odveže zdravniške molčečnosti.

Za vaš trud se vam zahvaljujemo. Evropsko Turistično Zavarovanje

Ime in priimek pacienta \_\_\_\_\_ Datum rojstva \_\_\_\_\_

Naslov \_\_\_\_\_ Poštna številka \_\_\_\_\_ Kraj \_\_\_\_\_

1. Točna diagnoza (prosimo pišite čitljivo):

Aktualna terapija:

Ali je bil pacient na podlagi diagnoze na bolnišničnem zdravljenju?

Ne  Da – Bolnišnica/klinika: \_\_\_\_\_ od 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 do 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Bolniški list za ZZS:

Ne – razlog: \_\_\_\_\_

Da (priložite kopijo bolniškega lista) od 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 do 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

2. Kdaj je pacient zbolel? / Kdaj se je proipetila nezgoda?

Datum( 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 )

3. Ali se ta bolezen/ nezgoda medicinsko šteje kot težka (to pomeni, da je nastopila nezmožnost za potovanje)?

Ne  Da Kdaj je bila prvič zaznana nezmožnost za potovanje? Datum<sup>o</sup>

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

3a. Če ne gre za udeleženca potovanja (življenski sopotnik, otroci, starši, bratje in sestre): kdaj je bilo razvidno, da mora zavarovanec ostati doma?

Datum<sup>o</sup>

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

<sup>o</sup> Če teh podatkov ni v sporazumu, prosim navedite razloge:

4. Ali je bil pacient ob sklenitvi zavarovanja/rezervaciji potovanja zmožen potovanja (Datum): 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Ne  Da

5. Ali gre za bolezen, ki obstaja že dlje časa?

Ne  Da – od kdaj: 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Ali je nastopilo občutno poslabšanje?

Ne  Da

Ali je bil pacient v zadnjih 12 mesecih **pred sklenitvijo zavarovanja** na podlagi postavljene diagnoze na bolnišničnem zdravljenju?

Ne  Da – Bolnišnica/klinika: \_\_\_\_\_ od 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

 do 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

Ali je bil pacient v zadnjih 6 mesecih **pred sklenitvijo zavarovanja** na podlagi postavljene diagnoze na bolnišničnem zdravljenju?

Ne  Da – Zdravnik \_\_\_\_\_ datum zadnjega zdravljenja 

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J

6. Ali vas je pacient pred potovanjem vprašal glede njegove zmožnosti za potovanje?

Ne  Da

**Pri nosečnosti prosimo priložite dodatno kopijo nosečniskega izvida.**

Pripombe:

S svojim podpisom potrjujem, da je pacient nezmožen za potovanje za potovanje z destinacijo \_\_\_\_\_ z začetkom potovanja \_\_\_\_\_ ter pravilnost in popolnost svojih navedb. Obvezujem se, da bom o predmetnih izsledkih v tem spričevalu \_\_\_\_\_ posredoval ustno informacijo zaupnim zdravnikom zavarovalnice. Zavarovalnica si pridržuje pravico, da lahko zaradi lažnih podatkov v skladu s Kazenskim zakonikom (§146 StGB) sproži pravni pregon.

Kateri zdravnik lahko poda najboljše informacije o tej bolezni:

Ime, naslov, telefonska številka zdravnika:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, žig in podpis lečečega zdravnika