



OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI Z POISTENIA STORNA CESTOVNEJ SLUŽBY A PREDČASNÉHO NÁVRATU

Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Miletičova 21, 821 08 Bratislava, IČO: 47 236 060, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Po, vložka č.: 2019/B, organizačná zložka Groupama Biztosító Zrt., so sídlom: Erzsébet királyné útja 1/C, 1146 Budapest, Maďarsko, IČO: 01-10-041071, DIČ: 4020340236, registrovaná Registrovým súdom Súdnej stolice pre hlavné mesto, číslo registrácie: 01-10-041071 (ďalej len „poisťovateľ“)

Číslo poistnej zmluvy: _____

1. Údaje poisteného

a. Priezvisko: _____

b. Meno: _____ c. Titul: _____

d. V prípade neploletej osoby meno a priezvisko zákonného zástupcu: _____

e. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

f. Rodné číslo: _____ / _____ g. Telefónne číslo: _____

h. E-mail*: _____

*Vyhlasujem, že uvedením e-mailovej adresy súhlasím s elektronickou komunikáciou v súvislosti s likvidáciou predmetnej škodovej udalosti.

i. Uplatnili ste si nárok na náhradu škody aj v inej poisťovni?
i/1. áno, v _____ i/2. nie

2. Údaje zákonného zástupcu

a. Priezvisko: _____

b. Meno: _____ c. Titul: _____

d. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

e. Rodné číslo: _____ / _____ f. Telefónne číslo: _____

g. E-mail*: _____

*Vyhlasujem, že uvedením e-mailovej adresy súhlasím s elektronickou komunikáciou v súvislosti s likvidáciou predmetnej škodovej udalosti.

3. Údaje objednanej služby (vyplní poskytovateľ služby)

a. Názov poskytovateľa služby: _____

b. Akou formou ste si zaobstarali zájazd (individuálne cez web, cez Cestovnú kanceláriu, iné): _____

c. Aké služby ste si objednali? letenka ubytovanie iné _____

d. Dátum storna služby: _____. _____. _____

e. Cena cestovnej služby: _____, _____ €

f. Rozpis cien za objednané služby (v prípade, ak boli objednané viaceré služby): _____

g. Výška stornoplatku: _____ % h. Výška stornoplatku na osobu: _____, _____ €

i. Celková výška stornoplatku: _____, _____ €

4. Údaje poistnej udalosti

a. Dátum vzniku poistnej udalosti, z ktorej bola služba stornovaná:

____. ____ . _____

b. Dôvod predčasného návratu: _____

b/1. Dátum predčasného návratu:

____. ____ . _____

c. Dôvod storna cestovnej služby: _____

c/1. Dátum storna cestovnej služby:

____. ____ . _____

c/2. Meno a priezvisko osoby, kvôli ktorej bola služba stornovaná a jej príbuzenský vzťah k poistenému

Meno a priezvisko: _____

Príbuzenský vzťah: _____

d. Dátum a čas odchodu z ubytovacieho zariadenia (v prípade predčasného návratu):

____. ____ . _____

e. Miesto vzniku poistnej udalosti (v prípade predčasného návratu): _____

f. Mená poistených osôb ktoré predčasne ukončili pobyt v zahraničí:

f/1. _____

f/2. _____

f/3. _____

f/4. _____

g. Spôsob prepravy pri predčasnom návrate: _____

h. Náklady na ubytovanie (v prípade predčasného návratu): _____, _____ €

i. Náklady na dopravu (v prípade predčasného návratu): _____, _____ €

5. Poistné plnenie poukázať na

a. Číslo bankového účtu (IBAN): _____

b. SWIFT/BIC: _____

c. Majiteľ účtu: _____

d. Adresu: ulica _____ číslo _____

mesto/obec _____ PSČ _____

6. Povinné prílohy k oznámeniu poistnej udalosti (vyberte)

a. originál lekárskej správy ošetrojúceho lekára zo zahraničia s uvedením diagnózy a jeho stanovisko k návratu poisteného do SR

b. originál lekárskej správy ošetrojúceho lekára, ktorý ošetril poisteného po návrate do SR

c. originál lekárskej správy o zdravotnom stave blízkej osoby poisteného

d. kópia úmrtného listu

e. policajná správa

f. doklad o uhradení služby

g. potvrdenie poskytovateľa služby o skladbe ceny služieb

h. originál potvrdenia ubytovacieho zariadenia o dni a hodine odchodu poisteného z ubytovacieho zariadenia

i. iné: _____

7. Vyhlásenie poisteného

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a som si vedomý následkov vyplývajúcich z nepravdivých odpovedí.

Súhlasím so zisťovaním a preskúvaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného, a oprávňujem každého dotknutého lekára alebo zdravotnícke zariadenie, aby poskytli poisťovni všetku potrebnú dokumentáciu na účely likvidácie poistnej udalosti.

Nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné ukončiť vyšetrenie poistnej udalosti. Podpísaný prehlasuje, že v prípade, ak uviedol osobné údaje o iných osobách na tomto tlačive, má od tejto osoby súhlas na poskytnutie jej osobných údajov poisťovateľovi na účel likvidácie poistných udalostí.

Informácie o spracúvaní osobných údajov v súvislosti s likvidáciou poistnej udalosti možno získať na webovej stránke poisťovateľa Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, www.groupama.sk.

V _____ dňa ____ . ____ . _____

_____ podpis poisteného