

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI

Z POISTENIA STORNA LÍSTKA / VSTUPENKY

Káresemény bejelentő - Jegy / belépő szturnó biztosítás

Vyplňuje poistený: (insured / biztosított)

Meno a priezvisko poisteného: Keresztnév és vezetéknév:		Číslo PU: Biztosítási esemény sorszáma (biztosító tölti ki):	
Adresa trvalého bydliska poisteného: Állandó lakcím:			
Mandátna zmluva s CK: Szerződésszám / Rezervációs szám:			
Poistná zmluva č.: AH7528A24AZA Kötvényszám:		Vystavená dňa.: Szerződés dátuma:	
Rodné číslo : Születési dátum:	Telefón*: Telefonszám:	E-mail**: E-mail cím:	

Termín podujatia: Mérkőzés / esemény időpontja:	Kam (štát): Helyszíne:			
Meno osoby, kvôli ktorej poistený stornoval lístok/vstupenky A személy neve aki miatt a biztosított lemondta a belépőjegyét:				
Dôvod zrušenia: A lemondás / biztosítás igénybevételenek oka:				
Dátum vzniku škodovej udalosti: A káresemény bekövetkezésének időpontja:				
<table border="0"> <tr> <td>Je tento druh poistenia dojednaný aj v inej poisťovni? Kártügyintézés folyamatban van másik biztosító társasággal?</td> <td>Áno Igen</td> <td>Nie Nem</td> </tr> </table>		Je tento druh poistenia dojednaný aj v inej poisťovni? Kártügyintézés folyamatban van másik biztosító társasággal?	Áno Igen	Nie Nem
Je tento druh poistenia dojednaný aj v inej poisťovni? Kártügyintézés folyamatban van másik biztosító társasággal?	Áno Igen	Nie Nem		
ak áno, v ktorej Ha igen, melyik biztosító társaságnál?				
Poistné plnenie žiadam poukázať na: A kártérítést a következő címre kérem:				
účet č.: Számlasszám:	vedený v: Bank neve:			
meno konkrétneho majiteľa účtu: Számlatulajdonos neve:				

Poistený/ oznamovateľ vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky jeho odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a žiadne informácie podstatné pre likvidáciu škodovej udalosti nezamlčal a je si vedomý /á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a / alebo odpovedí na otázky poisťovne.

The insured / notifier declares and confirms with his signature that all of his answers and the information provided in this notification are true and complete and that he is aware of the direct consequences of providing false or incomplete information/ or answers to the insurance companies questions.

A biztosított / bejelentő kijelenti és aláírásával igazolja, hogy jelen dokumentumban megadott adatok megfelelnek a valóságnak és hiánytalanok és tudatában van annak, hogy a hiányos vagy hamis információ befolyásolhatja a káresemény elbírálását.

V dňa:
Kelt: Dátum:

.....
Pečiatka a podpis klienta
Az utazási iroda képviselőjének aláírása

.....
Podpis poisteného
Ügyfél aláírása

Priložené originály, resp. druhopisy dokladov:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> správa ošetrojúceho lekára s uvedením diagnózy
<small>Orvosi igazolás a diagnózisról</small> | <input type="checkbox"/> zmluva
<small>Szerződés</small> |
| <input type="checkbox"/> doklad o stornovaní lístka/vstupenky poisteným - hlásenie
<small>A jegy biztosított általi lemondásának igazolása bejelentése (e-mail amit az ügyintézőnek küldött)</small> | <input type="checkbox"/> zmluva/faktúra k obstaraniu lístka (prihláška na zájazd)
<small>Szerződés / számla a belépőjegyről</small> |
| <input type="checkbox"/> storno podmienky cestovnej kancelárie
<small>Utazási iroda lemondási feltételei</small> | <input type="checkbox"/> potvrdenie o zaplatení lístka/vstupenky (záloha, doplatok)
<small>A jegy befizetésének igazolása</small> |
| <input type="checkbox"/> štatistické hlásenie o úmrtí
<small>Halotti anyakönyvi kivonat</small> | |
| <input type="checkbox"/> iné doklady preukazujúce vznik poistnej udalosti (uvedte, o aký doklad ide)
<small>A biztosítási esemény bekövetkezését igazoló egyéb okiratok (írja le milyen dokumentumokról van szó)</small> | |

**MENÁ A ADRESY POISTENÝCH KTORÍ SA NEZÚČASTNILI ZÁJAZDU Z DÔVODU UVEDENÉHO V KOLONKE 2
LÍCNEJ STRANY TOHTO OZNÁMENIA**

A biztosítást igénybe vevők adatai

1. Meno a priezvisko poisteného Név:	Tel. Tel.szám:
Mail: E-mail cím:	

.....
Podpis poisteného Aláírás

2. Meno a priezvisko poisteného Név:	Tel. Tel.szám:
Mail: E-mail cím:	

.....
Podpis poisteného Aláírás

3. Meno a priezvisko poisteného Név:	Tel. Tel.szám:
Mail: E-mail cím:	

.....
Podpis poisteného Aláírás

4. Meno a priezvisko poisteného Név:	Tel. Tel.szám:
Mail: E-mail cím:	

.....
Podpis poisteného Aláírás

5. Meno a priezvisko poisteného Név:	Tel. Tel.szám:
Mail: E-mail cím:	

.....
Podpis poisteného Aláírás

Poistený/ oznamovateľ vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky jeho odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a žiadne informácie podstatné pre likvidáciu škodovej udalosti nezamĺchal a je si vedomý / á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a / alebo odpovedí na otázky poisťovne.

Som si vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracovávať moje osobné údaje uvedené vtomto oznámení, vrátane priložených dokladov, za účelom likvidácie škodovej udalosti.

(I am aware that only in accordance with the Act on Insurance, the insurer has processed my personal data listed in this attached documents, for the purpose of viewing Deeds event.)

(Tudomásul veszem, hogy a biztosító a biztosítási törvény értelmében a jelen közleményben felsorolt személyes adataimat, beleértve a csatolt dokumentumokat is, a kárrendezés céljából kezelheti.)

STARR EUROPE INSURANCE LIMITED, pobočka poisťovne z iného členského štátu, IČO : 52 491 587, Panenská 5, 811 03, Bratislava, Slovenská republika,

V Slovenskej republike prostredníctvom organizačnej zložky

zapisaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka číslo 6332/B

