

Pojistná událost č.:

ŠKODNÍ PROTOKOL – LÉČEBNÉ VÝLOHY

Osobní informace

Příjmení:

Jméno:

Rodné číslo:

Datum narození:

Kontaktní telefon:

E-mail:

Zaměstnaní:

Tel. do zaměstnání:

Kontaktní adresa:

PSČ:

2. kontaktní adresa:

PSČ:

Údaje o pojištění

Číslo pojistky:

Datum sjednání pojištění:

Datum odjezdu:

Datum návratu:

Záloha na zájezd zaplacen dne:

Doplatek ceny zájezdu zaplacen dne:

Údaje o cestě

Cestovní kancelář:

Země pobytu:

Pobyt od – do:

Účel cesty:

Doprava:

Údaje o onemocnění/úrazu

Datum úrazu/onemocnění:

Místo úrazu/onemocnění:

Datum ošetření:

Byla informována asistenční služba EuroAlarm: ano ne

Kdy (datum a hodina):

Pokud ne, uveďte důvod:

Vyskytlo se u Vás onemocnění již dříve (kdy):

Jméno Vašeho domácího lékaře:

Adresa jeho pracoviště:

Název zdrav. zařízení, kde jste byl(a) ošetřen(a):

Adresa:

Jméno ošetřujícího lékaře:

Byl(a) jste hospitalizován(a): ano ne

Datum hospitalizace:

Byl(a) jste převážen(a):

Prostředek použití k převozu:

ambulance vrtulník letadlo

Datum převozu:

Odkud – kam:

Podrobný popis vzniku škody

Specifikace nákladů spojených se vznikem škody

Datum	Specifikace nákladů	Účtovaná částka (v místní měně)	Placeno na místě?

Očekáváte nějaké další účty?

ano

ne

Doklady prokazující vznik škody (originály předejte spolu s vyplněným škodním protokolem):

doklad o pojištění

faktura za ošetření

účty za léky

lékařská zpráva

cestovní smlouva

policejní zpráva

Pozn.: Pojišťovna si může v rámci šetření vyžádat další doklady.

Jméno Vaší zdravotní pojišťovny v ČR:

Adresa:

Máte sjednáno nějaké další pojištění, které kryje vzniklou škodu?

ano

ne

Pokud ano, prosíme vyplňte následující údaje:

Jméno pojistitele:

číslo pojistné smlouvy:

Adresa pojistitele:

Jste držitelem bankovní karty (např. VISA, EC/MC, American Express, apod.):

ano

ne

Druh bankovní karty:

Vydána bankou:

Číslo bankovní karty:

Platnost karty:

Název banky, kam chcete poslat pojistné plnění:

Číslo účtu:

Specifický symbol:

Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé, a že jsem nezamlčel(a) žádnou skutečnost, která by měla vliv na šetření škody a stanovení výše náhrady. Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých, neúplných a zkreslených údajů se pojištěný vystavuje nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (§ 250a tr. zák.). Souhlasím, aby Evropská Cestovní Pojišťovna a. s. zpracovávala dle zákona o ochraně osobních údajů mé osobní údaje, které získala v souvislosti s plněním práv a povinností vyplývajících z pojištění. Tento souhlas uděluji na celou dobu existence závazků vyplývajících z pojistné smlouvy nebo s ní souvisejících. Dále souhlasím s tím, aby pojišťovna provedla ověření mého zdravotního stavu u ošetřujícího lékaře či zdravotnického zařízení, kde jsem byl(a) léčen(a) nebo ošetřen(a), a to v souladu s pojistnými podmínkami a v rozsahu nezbytném k šetření mnou popsané škodní události.

Jméno pojištěného (vyplňte tiskacím písmem):

Vlastnoruční podpis:

Datum: