

Pojistná událost č.:

ŠKODNÍ PROTOKOL - LÉČEBNÉ VÝLOHY

Osobní informace	
Příjmení:	Kontaktní adresa:
Jméno:	
Rodné číslo:	
Datum narození:	PSČ:
Kontaktní telefon:	
E-mail:	Zaměstnání:

Údaje o pojištění	Údaje o cestě
Číslo pojistky:	Cestovní kancelář:
Datum odjezdu:	Země pobytu:
Datum návratu:	

Údaje o onemocnění/úrazu	
Datum úrazu/onemocnění:	Místo úrazu/onemocnění:
Datum ošetření:	
Byla informována asistenční služba EuroAlarm: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Kdy (datum a hodina):
Pokud ne, uveďte důvod:	
Byl/a jste hospitalizován/a: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Datum hospitalizace (od-do):
Vyskytlo se u Vás onemocnění již dříve: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Kdy:
Byl/a jste převážen/a: <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Datum převozu:
Prostředek použitý k převozu: <input type="checkbox"/> ambulance <input type="checkbox"/> vrtulník <input type="checkbox"/> letadlo <input type="checkbox"/> taxi	
Odkud - kam:	

Podrobný popis vzniku škody

Specifikace nákladů spojených se škodní událostí			
Datum	Specifikace nákladů	Účtovaná částka (v místní měně)	Placeno
			<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
			<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE

Očekáváte nějaké další účty? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Doklady související se škodní událostí (originály předejte spolu s vyplněným škodním protokolem):	
<input type="checkbox"/> doklad o pojištění <input type="checkbox"/> faktura za ošetření <input type="checkbox"/> účty za léky <input type="checkbox"/> lékařská zpráva <input type="checkbox"/> cestovní smlouva <input type="checkbox"/> policejní zpráva	
<i>Pozn.: Pojišťovna si může v rámci šetření vyžádat další doklady.</i>	
Jméno Vaší zdravotní pojišťovny v ČR:	
Adresa:	
Máte sjednáno další pojištění léčebných výloh? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Pokud ano, vyplňte prosím následující údaje:	
Jméno pojistitele:	Číslo pojistné smlouvy:
Adresa pojistitele:	

Jste držitelem bankovní karty (např. VISA, EC/MC, American Express apod.): <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Druh bankovní karty:	Vydána bankou:
Číslo bankovní karty:	Platnost karty:

Název banky, kam chcete poslat pojistné plnění:		
Číslo účtu:	Kód banky:	IBAN (pro platby do zahraničí):

Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé a že jsem nezamlčel/a žádnou skutečnost, která by měla vliv na šetření škodní události a stanovení rozsahu pojistného plnění. Jsem si vědom/a toho, že uvedením nepravdivých či zkreslených údajů se vystavuji nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu podle § 210 tr. zák. Souhlasím, aby ERV 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: