ERV, CLAIMS DEPARTMENT, P.O. BOX, CH-4002 BASEL
TEL. +41 58 275 27 27, CLAIMS@ERV.CH, WWW.ERV.CH

Hlášení škody

Č. škody

SOS zajištění pro nahodilé události během cesty HHD

Vážená zákaznice, vážený zákazníku,

Bohužel jste nemohl/a zrealizovat svou cestu tak, jak jste si přál/a. Abychom mohli rychle a bez komplikací poskytnout pojistné plnění, potřebujeme od Vás několik důležitých údajů. Vyplňte prosím pečlivě toto oznámení škody, a pokud je to vhodné, přiložte tyto podklady:

- ☐ cestovní podklady (výkaz o zrušení a potvrzení rezervace)
- ☐ lékařské vysvědčení
- ☐ podrobný přehled výloh / pohledávek
- ☐ originální stvrzenky
- ☐ hlášení průvodce / policie
- ☐ kopii pojistky

Pokud na některou otázku můžete odpovědět neúplně nebo vůbec, vysvětlete prosím, proč.

Dotazy k pojistníkovi (oprávněný žadatel)

Příjmení:

Jméno: Datum narození:

Ulice / č. domu:

PSČ / místo:

Telefon (pro zastižení přes den): E-mailová adresa:

Číslo účtu (IBAN): Směrový kód banky (BIC / SWIFT):

Dotazy k původci škody (pokud není shodný s pojistníkem)

Příjmení:

Jméno: Datum narození:

V jakém je vztahu k pojistníkovi?

1. Byl sám původce škody účastníkem jízdy? ☐ Ano ☐ Ne
2. Pokud ano, jak nastoupil zpáteční cestu?

Dotazy k pojištění

3. Datum sjednání pojištění, resp. zaplacení pojistného:
4. Č. pojistky:
5. Existují pro tuto událost ještě jiná pojištění? ☐ Ano ☐ Ne
6. Pokud ano, jaká?
7. Bylo odškodné poskytnuto, resp. bylo o něj požádáno, z jiné strany? ☐ Ano ☐ Ne
8. Pokud ano, kým?

Dotazy k ☐ ukončené, ☐ přerušené, ☐ prodloužené cestě

9. Datum příkazu k rezervaci:
10. Pořadatel cesty:

11. Datum mimořádné zpáteční cesty / dočasného návratu do místa bydliště:

12. Datum původně plánované zpáteční cesty:

13. Byla kontaktována naše asistenční centrála? ☐ Ano ☐ Ne

14. Pokud ne, uveďte prosím zdůvodnění:

Dotazy k události

15. Důvod ukončení / přerušení / prodloužení:

16. Kdy nastala událost? Datum:

17. Shrnutí případu:

Pokud je to vhodné

18. Uskutečnila se konzultace s lékařem? ☐ Ano ☐ Ne

19. Pokud ano, kdy poprvé? Datum:

20. Jméno a adresa ošetřujícího lékaře:

21. Proč Vám lékař radil ukončit cestu?

22. Kdy přesně? Datum:

23. Uveďte přesnou diagnózu (bez zkratek):

Další poznámky

Potvrzení a plná moc

ERV je zproštěna povinnosti plnit, pokud se pojištěná osoba pokusí společnost ERV po vzniku pojist-ného případu lstivě oklamat ohledně okolností, které jsou relevantní pro důvod a výši plnění.

Zmocňuji lékaře, léčebné ústavy všeho druhu a pojišťovny, aby společnosti ERV poskytli všechny potřebné informace o dřívějších, stávajících a po dobu trvání smlouvy se vyskytnuvších nemocech, následcích úrazů a vadách. Zprošťuji tímto uvedenou osobu její zákonné povinnosti mlčenlivosti.

Místo a datum

Podpis pojištěné osoby nebo jejího zákonného zástupce