



Hlášení škody

Číslo reklamace

Stornovací náklady

Vážení zákazníci

Bohužel jste museli svoji cestu stornovat. Abychom mohli rychle a snadno poskytnout pojistné plnění, potřebujeme od Vás některé důležité údaje. Vyplňte, prosím, toto oznámení o škodě a přiložte k němu následující podklady, pokud jsou pro daný případ relevantní.

- Cestovní doklady (úhrada nákladů a potvrzení rezervace)
- Lékařské potvrzení / úmrtní list / parte
- Lékařské osvědčení (od částky 1 000,- EUR, kterou vyplní ošetřující lékař/lékařka)
- Kopie pojistné smlouvy

Mnohokrát děkujeme za Vaši spolupráci.

Dotazy k pojistníkovi (oprávněná osoba)

Název:

Křestní jméno:

Datum narození:

Pouliční/číslo domu:

Poštovní směrovací číslo/místo:

Telefoní (během dne přístupný):

E-mailová adresa:

Číslo účtu (IBAN):

Kód banky (BIC / SWIFT):

Otázky týkající se dalšího pojistného krytí

1. Jste pojištěni proti úhradě nákladů u jiné společnosti? ☐ Ano ☐ Ne

Společnost

Číslo poj. smlouvy

Otázky k plánované cestě

2. Datum objednávky rezervace:

3. Datum zrušení:

4. Kolik osob bylo rezervováno celkem?

5. Kolik z nich provedlo zrušení?

6. V jakém vztahu jsou účastníci cesty vzájemně?

Otázky k události.

7. ☐ Neočekávaná těžká nemoc ☐ Nehoda ☐ Úmrtí ☐ jiné

Stručné shrnutí případu:

Potvrzení a plná moc

ERV je osvobozena od plnění, jestliže se pojištěná osoba pokusí ERV po vzniku pojistné události podvodně informovat o okolnostech, které jsou významné pro důvod nebo výši plnění.

Zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení jakéhokoli druhu, nositele pojištění k tomu, aby ERV sdělili všechny potřebné informace o dříve vějších, současných a během smluvní doby vzniklých nemocech, důsledcích nehod a postiženích a zprošťuji tímto jmenované jejich zákonné povinnosti mlčenlivosti.

Místo a datum

Podpis škůdce nebo právního zástupce

Místo a datum

Podpis pojištěnce nebo zákonného zástupce

Otázky k události

1. Datum prvního vyšetření v souvislosti s touto událostí: _____ Denní doba _____
2. Přesná diagnóza (bez zkratek): _____

3. Jsou nařízeny vyšetření nebo následné kontroly? ☐ Ano ☐ Ne
4. Kdy pacient(ka) onemocněl(a) / měl(a) nehodu? _____ Datum: _____
5. Byly tyto potíže již dříve jednou/vícekrát léčeny? ☐ Ano ☐ Ne
Pokud ano, v jakém léčebném časovém horizontu? _____ Datum: _____
6. Anamnéza: _____

7. Došlo k nepředvídatelnému vážnému zhoršení? ☐ Ano ☐ Ne
Pokud ano, kdy? _____
8. Byl pacient v pracovní neschopnosti? ☐ Ano ☐ Ne
Pokud ano, od kdy: _____ do kdy: _____
9. Vyžadovala léčba příjem do nemocnice na lůžko? ☐ Ano ☐ Ne
Pokud ano, od kdy, do kdy? (prosím zaslat kopii propouštěcí zprávy). _____
10. Následovala operace? ☐ Ano ☐ Ne
Pokud ano, datum operace: _____
11. Kdy přesně byl termín operace sjednaný? _____ Datum: _____

Otázky ke schopnosti cestovat

12. Byly nějaké zdravotní problémy při zahájení cesty? ☐ Ano ☐ Ne
Zdůvodnění: _____

13. Kdy bylo možné poprvé rozpoznat, že cesta nemohla být zahájena z důvodu zdravotního stavu?
Datum: _____
Z jakého důvodu? _____

14. Informoval vás pacient o svých plánech cesty? ☐ Ano ☐ Ne
Pokud ano, kdy? _____ Datum: _____
15. Od kdy jste pacienta opět uschopnil(a) k cestě? _____ Datum: _____

Další poznámky:
