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

Hlášení škody

Škoda č.

Náklady na lékaře a nemocnici NEHODA HHD

Vážená klientko,
Vážený kliente,

Abychom mohli rychle a bez problémů poskytnout pojistné plnění, potřebujeme od Vás některé důležité údaje. Vyplňte prosím pečlivě toto hlášení o škodě a podle potřeby přiložte následující podklady:

- ☐ policejní hlášení (pokud bylo sepsáno)
- ☐ originální stvrzenky s recepty
- ☐ originální účty (lékař, nemocnice)
- ☐ pojistka nebo průkaz pojištěnce (kopie)

Pokud některou otázku můžete zodpovědět jen neúplně nebo vůbec ne, vysvětlete prosím důvod.

Otázky týkající se pojištěnce (osoba, která uzavřela pojištění)

Příjmení:

Jména: Datum narození:

Ulice / číslo domu:

PSČ / místo:

Telefon (dostupnost ve dne): E-mailová adresa:

Číslo účtu (IBAN):

Identifikační kód banky (BIC / SWIFT):

Jméno, PSČ a sídlo banky:

Otázky týkající se pojištěné osoby

Příjmení: Jméno:

Datum narození: Národnost:

Otázky týkající se úrazového pojištění

1. Datum uzavření pojištění:
2. Pojistka / průkaz pojištěnce č.:
3. Existují pro tuto událost ještě jiná pojištění? ☐ Ano ☐ Ne
4. Pokud ano, jaká?
5. Bylo již poskytnuto odškodnění z jiné strany nebo o ně byla podána žádost? ☐ Ano ☐ Ne
6. Pokud ano, od koho?

Otázky týkající se nehody

7. Den nehody: Doba nehody:
8. Místo nehody:
9. Přesný popis poranění:

10. Byla poraněná osoba pod vlivem alkoholu, léků nebo drog? ☐ Ano ☐ Ne

11. Byl přivolán lékař? ☐ Ano ☐ Ne

12. Pokud ano, kdy poprvé? Datum:

13. Jméno a adresa ošetřujícího lékaře:

14. Je léčba ukončena? ☐ Ano ☐ Ne

15. Pokud ne, pravděpodobná doba léčení do:

16. Je třeba očekávat další účty? ☐ Ano ☐ Ne

17. Pokud ano, od koho? Jméno a adresa:

18. Kdo nehodu zavinil? Jméno a adresa:

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 dřívějších, současných a během smluvní doby vzniklých nemocech, důsledcích nehod a postiženích a zprošťuji tímto jmenované jejich zákonné povinnosti mlčenlivosti.

Místo a datum Podpis pojištěné osoby nebo jejího zákonného zástupce