

Hlášení škody

číslo reklamace

Stornovací náklady

HHD

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 zproštěna povinnosti plnit, pokud se pojištěná osoba pokusí společnost ERV po vzniku pojistného případu listivě oklamat ohledně okolností, které jsou relevantní pro důvod a výši plnění.

Zmocnuji lékaře, léčebné ústavy všeho druhu a pojišťovny, aby společnosti ERV poskytli všechny potřebné informace o drívějších, stávajících a po dobu trvání smlouvy se vyskytnuvších nemocech, následcích úrazu a vadách. Zprošťuji tímto uvedenou osobu její 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:
