



Oznámení škodné události Léčebné výlohy

Číslo škodné události (vyplní Europ Assistance s.r.o.)

OSOBNÍ ÚDAJE

Jméno

Příjmení

Rodné číslo /

Datum narození

Kontaktní telefon

KONTAKTNÍ ADRESA

Ulice

Číslo domu

Město

PSČ

Souhlasím, abyste mi veškerou komunikaci k této škodné události posílali elektronicky. Ne

Emailová adresa

INFORMACE O POJISTCE

Pojištění platí od

Počátek cesty

Konec cesty

Destinace (stát, město)

Soukromá cesta

Pracovní cesta

INFORMACE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI

Kdy se to stalo

Kde se to stalo

Datum ošetření

Popište vlastními slovy co se stalo, jak se to stalo a jakou vám zajistili léčbu.

Řešili jste událost s naší asistencí? Ano ... Ne

Pokud ne, uveďte
důvod

SPECIFIKACE NÁKLADŮ SPOJENÝCH SE ŠKODNÍ UDÁLOSTÍ

Datum	Specifikace nákladů	Částka a měna	Uhrazeno	
			na místě	Neuhrazeno
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INFORMACE O VAŠÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠTOVNĚ A DALŠÍCH POJIŠTĚNÍCH

Název a kód Vaší zdravotní pojišťovny v ČR

Máte sjednané cestovní pojištění s léčebnými výlohami i u jiné pojišťovny? Ano ... Ne

Pokud ano, prosíme, vyplňte následující údaje:

Název pojišťovny Číslo pojistky

Adresa pojišťovny

Máte cestovní pojištění s léčebnými výlohami i k bankovní kartě? Ano ... Ne

Pokud ano, prosíme, vyplňte následující údaje:

Typ bankovní karty Číslo bankovní karty
(Visa, MasterCard aj.)

Vydána bankou

KAM VÁM MŮŽEME POSLAT POJISTNÉ PLNĚNÍ

Název banky

Číslo účtu Kód banky

PROHLÁŠENÍ A ZÁVĚR

Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé, a že jsem nezamířel(a) žádnou skutečnost, která by měla vliv na šetření škody a stanovení výše náhrady. Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých, neúplných a zkreslených údajů se pojištění vystavuje nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (§ 250a tr. zák.). Souhlasím, aby Europ Assistance s.r.o. 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.

Datum Místo

Vlastnoruční podpis

Tento formulář, včetně originálů uhrazených účtů za léky a ošetření, policejní zprávy a případně dalších dokladů zašlete, prosíme, na adresu: Europ Assistance s.r.o., Na Pankráci 1658/121, 140 00 Praha 4