

Pojistná událost č.:

## ŠKODNÍ PROTOKOL – LÉČEBNÉ VÝLOHY

### Osobní informace

Příjmení:

Jméno:

Rodné číslo:

Datum narození:

Kontaktní telefon:

E-mail:

Zaměstnaní:

Tel. do zaměstnání:

Kontaktní adresa:

PSČ:

2. kontaktní adresa:

PSČ:

### Údaje o pojištění

Číslo pojistky:

Datum sjednání pojištění:

Datum odjezdu:

Datum návratu:

Záloha na zájezd zaplacen dne:

Doplatek ceny zájezdu zaplacen dne:

### Údaje o cestě

Cestovní kancelář:

Země pobytu:

Pobyt od-do:

Účel cesty:

Doprava:

### Údaje o onemocnění/úrazu

Datum úrazu/onemocnění:

Místo úrazu/onemocnění:

Datum ošetření:

Byla informována asistenční služba EuroAlarm:  ano  ne

Kdy (datum a hodina):

Pokud ne, uveďte důvod:

Vyskytlo se u Vás onemocnění již dříve (kdy):

Jméno Vašeho domácího lékaře:

Adresa jeho pracoviště:

Název zdrav. zařízení, kde jste byl(a) ošetřen(a):

Adresa:

Jméno ošetřujícího lékaře:

Byl(a) jste hospitalizován(a):  ano  ne

Datum hospitalizace:

Byl(a) jste převážen(a):

Prostředek použití k převozu:

ambulance  vrtulník  letadlo

Datum převozu:

Odkud-kam:

## Podrobný popis vzniku škody


## Specifikace nákladů spojených se vznikem škody

Datum	Specifikace nákladů	Účtovaná částka (v místní měmě)	Placeno na místě?

Očekáváte nějaké další účty?

ano

ne

Doklady prokazující vznik škody (originály předejte spolu s vyplněným škodním protokolem):

- doklad o pojištění  
 lékařská zpráva

- fakturu za ošetření  
 cestovní smlouva

- účty za léky  
 policejní zpráva

Pozn.: Pojišťovna si může v rámci šetření vyžádat další doklady.

Jméno Vaší zdravotní pojišťovny v ČR:

Adresa:

Máte sjednáno nějaké další pojištění, které kryje vzniklou škodu?

ano

ne

Pokud ano, prosíme vyplňte následující údaje:

Jméno pojistitele:

číslo pojistné smlouvy:

Adresa pojistitele:

Jste držitelem bankovní karty (např. VISA, EC/MC, American Express, apod.):

ano

ne

Druh bankovní karty:

Vydána bankou:

Číslo bankovní karty:

Platnost karty:

Název banky, kam chcete poslat pojistné plnění:

Číslo účtu:

Specifický symbol:

Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé, a že jsem nezamlčel(a) žádnou skutečnost, která by měla vliv na šetření škody a stanovení výše náhrady. Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých, neúplných a zkreslených údajů se pojištěný vystavuje nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (§ 250a tr. zák.). Souhlasím, aby Evropská Cestovní Pojišťovna a.s. 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. Dále souhlasím s tím, aby pojišťovna provedla ověření mého zdravotního stavu u ošetřujícího lékaře či zdravotnického zařízení, kde jsem byl(a) léčen(a) nebo ošetřen(a), a to v souladu s pojistnými podmínkami a v rozsahu nezbytném k šetření mnou popsané škodní události.

Jméno pojištěného (vyplňte tiskacím písmem):

Vlastnoruční podpis:

Datum: