Hlášení škody
Část 1 / Obecné informace

C3 Confidential

ERGO Cestovní Pojišťovna

Hlášení škody má 2 části. Část 1 obsahuje informace o Vás, Vaší cestě a pojistce, Část 2 konkrétní údaje o Vaší škodě. K vyplněnému hlášení přiložte originály všech dokumentů. Když nám budete hlášení posílat e-mailem, stačí nám scany či fotografie dokladů. Jedná se např. o pojistnou smlouvu či smlouvu o zájezdu, lékařskou zprávu, účty za ošetření, stornofakturu apod. Seznam dokumentů, které od Vás potřebujeme naleznete v Části 2 hlášení. Poskytněte nám je, i když nemáte k dispozici všechny.

Číslo pojistné smlouvy / smlouvy o zájezdu	

Údaje o cestě				Datum odjezdu	Datum návratu
Zájezd s CK	☑	Název cestovní kanceláře			
Individuální	☐				
Pracovní	☐	Název společnosti			

Údaje o pojištěné osobě					
Jméno		Příjmení		Rodné číslo	
Adresa					
Telefon		E-mail			

Údaje o zákonném zástupci					
Jméno		Příjmení		Rodné číslo	

Vyplňujte v případě nezletilých pojištěnců nebo osob, které nejsou schopny (např. z důvodu zranění) vyplnit hlášení samy.

Číslo účtu pro zaslání pojistného plnění					
V jaké měně chcete vyplatit pojistné plnění na Váš účet?	Kč ☑	EUR ☐	USD ☐		
Předčíslí		Číslo účtu		Kód banky	
V případě cizí měny IBAN				SWIFT	

Prohlášení

Prohlašuji, že všechny mé odpovědi na Vaše písemné dotazy uvedené v dotazníku jsou pravdivé a úplné, a že jsem nezamlčel/a žádnou skutečnost, která by mohla mít vliv zejména na šetření škodní události, stanovení výše pojistného plnění či stanovení pojistného. Jsem si vědom/a toho, že v případě nepravdivých a neúplných odpovědí můžete ve smyslu § 2808 a 2809 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, od pojistné smlouvy (bude-li uzavřena) odstoupit nebo odmítnout pojistné plnění. Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých, neúplných a zkreslených údajů se vystavuji nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (§ 210 zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákoník).

Souhlasím, abyste si vyžádali veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčení pro potřeby úpisu rizika a šetření škodní události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení.

Rovněž souhlasím, abyste si pro potřeby šetření škodní události mohli vyžádat potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

Tyto souhlasy uděluji za účelem uzavření pojistné smlouvy a na celou dobu existence závazků z ní vyplývajících nebo s ní souvisejících.

Souhlasím se zpracováním mého rodného čísla, které jsem poskytl/a v souvislosti s plněním práv a povinností vyplývajících z pojištění, a to zejména za účelem likvidace škodní události a zjištění případného vícenásobného pojištění. Tento souhlas uděluji na celou dobu existence závazků vyplývajících z pojistné smlouvy nebo s ní souvisejících.

Jméno pojištěného	Místo a datum

HS-ME-2604

Hlášení škody
Část 2 / Zdravotní problémy

C3 Confidendial

ERGO Cestovní Pojišťovna

Tento list vyplňte, když jste při zdravotních problémech v zahraničí kupoval/a léky, byl/a ošetřen/a nebo hospitalizován/a.

Detaily o škodě

Datum úrazu/onemocnění		Země, kde došlo ke škodě	
Oblast, kde došlo ke škodě (např. letovisko)		Místo, kde došlo ke škodě (např. hotel, letiště či město)	
Informoval/a jste asistenční službu?	ano ☐ ne ☐	Pokud ne, uveďte důvod	
Byl/a jste převážen/a?	ano ☑ ne ☐	Jak?	sanitkou ☐ vrtulníkem ☐ letadlem ☐ jinak ☐

Popište co nejpřesněji, jak došlo ke škodě

Způsob ošetření

Ambulantní ošetření lékařem ☐ Hospitalizace ☐ Nákup léků bez ošetření ☐

Náklady spojené se škodní událostí	Datum	Částka	Měna	Platil/a jste tuto částku?
Ošetření u lékaře			dgs	ano ☐ ne ☐
Hospitalizace (od-do)				ano ☐ ne ☐
Zubní ošetření				ano ☐ ne ☐
Převoz / přeprava				ano ☐ ne ☐
Opatrovník				ano ☐ ne ☐
Ostatní (např. nákup léků)				ano ☐ ne ☐
Ošetření zvířete u veterináře				ano ☐ ne ☐
Náhradní pracovník				ano ☐ ne ☐

Doklady související se škodou

pojistná smlouva / smlouva o zájezdu, lékařská zpráva, účty za lékařské ošetření / nákup léků

Originály přiložte k vyplněnému hlášení škody. V rámci šetření si můžeme vyžádat další doklady.

Jiné pojištění

Máte sjednáno nějaké další pojištění, které kryje vzniklou škodu?			ano ☐ ne ☐
Název pojišťovny / mobilního operátora		Číslo smlouvy	
Jste držitelem platební karty (např. VISA, Mastercard, American Express)?			ano ☐ ne ☐
Název banky vydávající kartu			

Informace o platební kartě slouží výhradně ke zjištění případného vícenásobného pojištění a nemají vliv na průběh likvidace škody či výši pojistného plnění.

HS-ME-2604