

Hlásenie poistnej udalosti

Liečebné náklady

Europäische
Reiseversicherung AG,
pobočka zahraničnej poisťovne

P.O.Box 4, 810 11 Bratislava 111, Tel.:+421 2 544 177 06 fax: +421 1 544 101 74 e-mail: info@europska.sk

Vyplňte prosím starostlivo a úplne tento formulár paličkovým písmom a pošlite ho na hore uvedenú korešpondenčnú adresu. Ďakujeme za Vašu ochotu!

Číslo PZ:

Číslo škodovej udalosti:

Prosím vhodné zaškrtnúť!

(vyplní Európska CP)

1. Meno poisteného:

Ulica, číslo domu:

PSČ, mesto

Telefón (s predvoľbou) služobný:

Telefón (s predvoľbou) súkromný : e-mail:

cestovali ste sám? ÁNO NIE

Začiatok cesty: koniec cesty: destinácia:

2. Prečo vznikli náklady?

Pobyt v nemocnici preprava domov záchrana vykonaná kým?

Ambulantné ošetrovanie invalidita iný dôvod:

Výška vzniknutých nákladov: mena:

3. Popis situácie:

Kedy a kde udalosť vznikla? Dátum: mesto: štát:

Existujú svedkovia? ÁNO NIE Meno: Adresa:

Bola udalosť zaprotokolovaná? ÁNO NIE

Kto udalosť zaprotokoloval?

4. Diagnóza:

5. Trvá ešte liečba?

ÁNO

NIE

Kto Vás lieči? Meno a adresa lekára, príp. nemocnice: _____

6. V ktorej zdravotnej poisťovni máte zdravotné poistenie? _____

Zdravotná poisťovňa kraj/obvod: _____

Iná poisťovňa: _____

Číslo Vašej zdravotnej poisťky: _____

7. Vlastníte:

ak áno:

meno spoločnosti:

nemocenské poistenie

ÁNO

NIE

číslo PZ: _____

úrazové poistenie

ÁNO

NIE

číslo PZ: _____

iné cestovné poistenie

ÁNO

NIE

číslo PZ: _____

kreditnú kartu

ÁNO

NIE

akú ?

VISA | MASTERCARD | DINERS | AMEX

číslo kreditnej karty:

8. Žiadali ste už od poisťovni uvedenej v bode 7 náhradu škody?

Ak áno, od akej? _____ Boli Vaše požiadavky uznané?

ÁNO

NIE

Prílohy:

Poistné plnenie má byť poukázané na nasledovný účet:

číslo účtu: _____

Kód banky: _____ banka: _____

účet znie na: _____

IBAN* : _____

BIC Code* : _____

.....
mesto, dátum

.....
podpis

* iba pri poukázaní do zahraničia