

Specifikace nákladů spojených se škodní událostí

Datum	Specifikace nákladů	Účtovaná částka (v místní měně)	Placeno
			ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
			ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
			ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
			ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
			ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Očekáváte nějaké další účty?			ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>

Doklady související se škodní událostí (originály přiložte k vyplněnému škodnímu protokolu)

doklad o pojištění faktura za ošetření účty za léky lékařská zpráva smlouva o zájezdu policejní zpráva

Pojišťovna si může v rámci šetření vyžádat další doklady.

Jiné pojištění

Máte sjednáno další pojištění léčebných výloh? Pokud ano, vyplňte prosím následující údaje. ANO NE

Číslo pojistné smlouvy Jméno pojišťovny

Jste držitelem platební karty? ANO NE Vydaná bankou

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

Bankovní spojení

Název banky, kam chcete poslat pojistné plnění

Číslo účtu Kód banky IBAN (pro platby do zahraničí)

Čestné prohlášení a informovaný souhlas

Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé a úplné a že jsem nezamlčel(a) žádnou skutečnost, která by mohla mít vliv na šetření škodní události a stanovení výše pojistného plnění. Uvědomuji si, že poskytnutím nepravdivých, neúplných a zkreslených údajů se vystavuji nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu (§ 210 trest. zák.).

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.

Dále souhlasím, aby ERV Evropská pojišťovna, a. s., zpracovávala dle zákona o ochraně osobních údajů mé osobní údaje a dle zákona o evidenci obyvatel mé rodné číslo, které získala v souvislosti s plněním práv a povinností vyplývajících z pojištění, a to zejména za účelem likvidace výše uvedené 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 (vyplňte tiskacím písmem)	Vlastnoruční podpis	Datum
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>