

Hlásenie o poistnej udalosti

Liečebné náklady

Europäische Reiseversicherung AG

poisťovňa z iného členského štátu

P.O.Box 4, 810 11 Bratislava, Tel.:+421 2 544 177 08 fax: +421 2 544 101 74

e-mail: info@europska.sk

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

Číslo PZ:

Číslo škodovej udalosti:

Prosím vhodné zaškrtnúť!

(vyplní Európska CP)

1. Meno poisteného

Ulica, číslo domu

PSC, mesto

Telefón (s predvoľbou) služobný:

Telefón (s predvoľbou) súkromný: e-mail adresa:

cestovali ste sám?

ÁN

NIE

Začiatok cesty: koniec cesty: destinácia:

2. Prečo vznikli náklady?

Pobyt v nemocnici preprava domov záchrana kým?

Ambulantné ošetrenie invalidita iný dôvod:

Výška vzniknutých nákladov: mena:

3. Popis situácie:

Kedy a kde udalosť vznikla? Dátum: mesto štát

Existujú svedkovia?

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 nemocenskej poisťovni máte sociálne poistenie?

Zdravotná poisťovňa kraj/obvod:

Iná poisťovňa:

Číslo Vašej zdravotnej poistky:

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 | AME

číslo kreditnej karty:

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

Ak áno, od akej?

Boli Vaš 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