

Pojistná událost č.:

## ŠKODNÍ PROTOKOL - ZRUŠENÍ CESTY

Osobní informace	
Příjmení:	Kontaktní adresa:
Jméno:	
Rodné číslo:	
Datum narození:	PSČ:
Kontaktní telefon:	
E-mail:	Zaměstnání:

Údaje o pojištění	Údaje o cestě
Číslo pojistky:	Cestovní kancelář:
Datum sjednání pojištění:	Země pobytu:
Datum odjezdu:	Datum návratu:

Údaje o vzniku škody	
Datum zrušení cesty:	Důvod zrušení cesty:

Specifikace nákladů spojených se škodní událostí		
Jména osob rušících cestu:	Vztah k pojištěnému:	Výše stornopoplatku:

Doklady související se škodní událostí (předejte spolu s vyplněným škodním protokolem):		
<input type="checkbox"/> doklad o pojištění	<input type="checkbox"/> stornofaktura CK	<input type="checkbox"/> doklad o platbě zájezdu
<input type="checkbox"/> smlouva o zájezdu	<input type="checkbox"/> doklady o vrácené částce	<input type="checkbox"/> nevyužité cestovní doklady (letenky, ubyt. vouchery)
<input type="checkbox"/> potvrzení pracovní neschopnosti	<input type="checkbox"/> propouštěcí zpráva z nemocnice	<input type="checkbox"/> lékařská zpráva

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

Název banky, kam chcete poslat pojistné plnění:	Číslo účtu:
---	-------------

Lékařské potvrzení (vyplní lékař)		
Je opatřeno na náklady pojištěného a musí vypovídat o osobě, jejíž zdravotní stav vedl ke zrušení cesty podle podmínek pojištění.		
Jméno pacienta:	Rodné číslo:	
Adresa pacienta:		
Jméno lékaře:	Telefon:	
Adresa lékaře:		
Jste stálým lékařem uvedeného pacienta?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Od kdy:
Datum onemocnění:	Od - do:	
Hospitalizace:	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Od kdy:
Diagnóza:		
Kód diagnózy dle MKN - 10:		
Těhotenství:	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Datum vydání těhotenského průkazu: Termín porodu:
Popis onemocnění/úrazu:		
Předpokládaná doba léčení:		
Měl již pacient dříve obtíže, které jsou důvodem ke zrušení cesty? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		
Kdy - jaké:		
Vyžaduje onemocnění upoutání na lůžko?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	
Byl pacient v pracovní neschopnosti?	<input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	Od - do:
Číslo průkazu pracovní neschopnosti:	Vydán dne:	
Razítko a podpis lékaře:		

Prohlašuji, že veškeré uvedené údaje jsou pravdivé a že jsem nezamlčel/a žádnou skutečnost, která by měla vliv na šetření škodní události a stanovení rozsahu pojistného plnění. Jsem si vědom/a toho, že uvedením nepravdivých či zkreslených údajů se vystavuji nebezpečí stíhání pro trestný čin pojistného podvodu podle § 210 tr. zák. Souhlasím, aby ERV Evropská 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: