

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – CESTOVNÍ POJIŠTĚNÍ

Chcete-li uplatnit právo na plnění ze škodné události, vyplňte toto oznámení a odešlete na adresu:
Slavia pojišťovna a.s., Tábořská 31, 140 00 Praha 4, tel.: 255 790 111, fax: 255 790 199
nebo naskenujte a zašlete na e-mail: lpu@slavia-pojistovna.cz

Číslo pojistné smlouvy: Druh pojištění: Počátek pojištění: Konec pojištění:

Pojištěný (vyplní pojištěný nebo jeho zákonný zástupce, čitelně – strojově nebo hůlkovým písmem)

Příjmení:		Jméno:	
Adresa v ČR:			PSČ:
Telefon:	E-mail:		Číslo průkazu totožnosti:
Rodné číslo (případně datum narození):			
U dítěte zákonný zástupce – jméno, kontakt (Tel., E-mail):			

Popis události (níže zakřížkujte, o kterou událost se jedná)

<input type="checkbox"/> Léčebné výlohy	<input type="checkbox"/> Úraz	<input type="checkbox"/> Zavazadla	<input type="checkbox"/> Zpoždění letu	<input type="checkbox"/> Zpoždění zavazadel
<input type="checkbox"/> Únos letadla	<input type="checkbox"/> Storno cesty	<input type="checkbox"/> Veterinární léčba	<input type="checkbox"/> Nevyužitá dovolená	<input type="checkbox"/> Asistenční služby
<input type="checkbox"/> Ztráta dokladů	<input type="checkbox"/> Krátkodobá domácnost			

Datum a hodina vzniku události:		Místo vzniku události:	
Specifikace zájezdu / cesty:	Od	Do	Kam
Datum platby zájezdu / cesty:		Výše stornopoplatků:	

Podrobný popis škodné události:

V případě zdravotní škody, uveďte název a adresu zdravotnického zařízení (případně jméno lékaře), které poskytlo ošetření:

Uveďte i diagnózu, je-li vám známá:

Projevilo se u Vás nebo trpěl/a jste již před vznikem pojištění onemocněním, pro které jste vyhledal/a lékařskou péči? ANO NE

Užíváte či užíval/a jste na toto onemocnění léky? ANO NE

Pokud ano, uveďte jaké:

Lékař na území ČR, který má nejlepší informace o Vašem zdravotním stavu (jméno a adresa):

Jsou případní svědci? Pokud ano, uveďte jejich jméno, příjmení, adresu, telefon, email:

V případě odpovědnosti škody uveďte k poškozenému: jméno, příjmení, adresu, telefon, email:

--	--	--	--

Číslo PU na smlouvě *

--	--	--	--

Evid. č.*

--	--	--	--

Riziko*

* vyplní úsek likvidace pojistných událostí

Existuje podezření na cizí zavinění? ANO NE

V případě, že existuje podezření, uveďte jméno a kontakt na osobu (je-li Vám známá), která škodu zavinila. Případně jména a kontakty svědků.

Byla škoda vyšetřována policií nebo jiným orgánem? ANO NE

Pokud ano, přiložte protokol, případně popište:

Uveďte seznam dokumentů, kterými dokládáte pojistnou událost, a jejich počet (lékařské zprávy, účetní doklady, doklady o zaplacení a další):

Celková částka za škodu v cizí měně:

Celková částka za škodu v Kč (odhad):

Zplnomocňuji tímto podle § 441 občanského zákoníku a § 50 a § 51 trestního řádu (§ 33 správního řádu) pracovníka Slavia pojišťovny a.s., aby ve smyslu § 65 trestního řádu (§ 38 správního řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené škody nahlížel do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činil z něho výpisky, pořizoval si na vlastní náklady kopie, činil návrhy orgánům činným v trestním řízení na doplnění dokazování a činil návrhy, žádosti a opravné prostředky spolu s poškozeným. Opravňuji všechny dotazované lékaře, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny, aby poskytly Slavia pojišťovně a.s. veškeré citlivé informace o mém zdravotním stavu.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem na všechny otázky odpověděl/a pravdivě a úplně a jsem si vědom/a důsledků případného uvedení nepravdivých údajů a skutečností, pokud jde o povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Pojistné plnění poukažte: na bankovní účet v ČR

Název banky:

Číslo účtu:

Kód banky:

 poštovní poukázkou na adresu v ČR

Jméno a příjmení:

Ulice a č. p. / č. or.:

PSČ:

Město:

V dne

Podpis pojištěného nebo jméno, příjmení
a podpis zákonného zástupce**Slavia pojišťovna a.s.**

Táborská 31, 140 00 Praha 4 | Info linka: +420 255 790 111

E-mail: info@slavia-pojistovna.cz | www.slavia-pojistovna.cz

IČ: 60197501 | Zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2591

...moderní přístup k tradičním hodnotám