

--	--	--	--	--

Číslo PU na smlouvě *

--	--	--	--	--

Evid. č.*

--	--	--	--	--

Riziko*

* vyplní úsek likvidace pojistných událostí

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – ZDRAVOTNÍ PÉČE POJIŠTĚNÍ NÁKLADŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE (CESTOVNÍ POJIŠTĚNÍ, POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ NEBO BEZKREVNÍ LÉČBA)

Chcete-li uplatnit právo na plnění ze škodné události, vyplňte toto oznámení a odešlete na adresu:
Slavia pojišťovna a.s., Táborská 31, 140 00 Praha 4, tel.: 255 790 111, fax: 255 790 199

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:	Číslo průkazu totožnosti:
Číslo povolení k pobytu:	

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

Nutná a neodkladná péče Léky předepsané ambulantně Stomatologická péče Jiná zdravotní péče

Datum a hodina vzniku události:

Místo vzniku události:

Podrobný popis okolností a příčin vzniku onemocnění nebo úrazu:

Kdy a jak se projevilo onemocnění, případně která část těla byla poraněna?

Uvedte diagnózu, je-li Vám známa:

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

Užíváte či užíval/a jste na toto onemocnění léky? Pokud ano, uveďte jaké:

Název (nebo jméno lékaře) a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo ošetření:

--	--	--	--	--

Číslo PU na smlouvě *

--	--	--	--	--

Evid. č.*

--	--	--	--	--

Riziko*

* vyplní úsek likvidace pojistných událostí

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

Existuje podezření na cizí zavinění? ANO NE

V případě, že jste zakřížkoval/a ANO, uveďte jméno a adresu této osoby:

Byl případ vyšetřován? ANO NE

Uveďte jméno, adresu a číslo jednací, případně přiložte zprávu vyšetř. orgánu nebo policejní protokol:

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

Celková částka za lékařskou péči v Kč:

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.:

PSC:

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