

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – ZDRAVOTNÍ PÉČE

POJIŠTĚNÍ NÁKLADŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE (CESTOVNÍ POJIŠTĚNÍ NEBO POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ)

Číslo pojistné smlouvy:

Druh pojištění:

Počátek pojištění:

Konec pojištění:

Chcete-li uplatnit právo na plnění za škodní událostí, vyplňte toto oznámení a odešlete na adresu: Slavia pojišťovna a.s., Revoluční 1, 110 00 Praha 1

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

Příjmení, jméno:

Adresa v ČR:

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 jste již před vznikem pojištění onemocněním, pro které jste vyhledal lékařskou péči?

Užíváte či užíval jste na toto onemocnění léky? V případě, že ano, uveďte jaké:

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

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

Je podezření na cizí zavinění? ano ne

V případě, že jste zakřížkovali 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 § 31 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 pravdivě a úplně a jsem si vědom 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. op.: PSC: Město:

V

dne

Podpis pojištěného nebo jméno, příjmení a podpis zákonného zástupce