

--	--	--	--	--

Číslo PU na smlouvě \*

--	--	--	--	--

Evid. č.\*

--	--	--	--	--

Riziko\*

\* vyplní úsek likvidace pojistných událostí

## OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – ZDRAVOTNÍ PÉČE POJIŠTĚNÍ NÁKLADŮ ZDRAVOTNÍ PÉČE (CESTOVNÍ POJIŠTĚNÍ NEBO POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ)

Chcete-li uplatnit právo na plnění ze škodné události, vyplňte toto oznámení a odešlete na adresu:  
Slavia pojišťovna a.s., Revoluční 655/1, 110 00 Praha 1, 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.:

PSČ:

Město:

V ..... dne .....

Podpis pojištěného nebo jméno, příjmení  
a podpis zákonného zástupce