

--	--	--	--

№ страхового
случая в договоре*

--	--	--	--

Регистр. № *

--	--	--	--

Риск *

* заполняется отделом по ликвидации страховых случаев

УВЕДОМЛЕНИЕ О СЛУЧАЕ ПРИЧИНЕНИЯ УЩЕРБА – МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ СТРАХОВАНИЕ МЕДИЦИНСКИХ РАСХОДОВ (ТУРИСТИЧЕСКОЕ СТРАХОВАНИЕ ИЛИ СТРАХОВАНИЕ ИНОСТРАНЦЕВ)

Для осуществления права на страховое возмещение, просьба заполнить это уведомление и отправить его по адресу:
Slavia pojišťovna a.s., Revoluční 655/1, 110 00 Praha 1, тел.: 255 790 111, факс: 255 790 199

Номер договора
страхования:

--

Вид
страхования:

--

Начало
страхования:

--

Конец
страхования:

--

Застрахованный (заполняется застрахованным или его законным представителем, разборчиво – машинным способом или вручную печатными буквами)

Фамилия:	Имя:
Адрес в Чешской Республике:	Почтовый индекс:
Телефон:	Номер удостоверения личности:
Номер разрешения на проживания:	

Описание случая (просьба отметить крестиком, какой именно случай)

Необходимая и неотложная помощь Лекарственные средства, прописанные амбулаторно Стоматологическая помощь Другой вид медицинской помощи

Дата и время возникновения случая:

Место возникновения случая:

Подробное описание обстоятельств и причин возникновения заболевания или травмы:

Когда и как болезнь проявилась, или какая часть тела была ранена?

Указать диагноз, если он известен Вам:

Проявилось ли у Вас или страдали ли Вы до возникновения страхования заболевание, с которым Вы обратились за медицинской помощью?

Принимали или принимаете ли Вы от этого заболевания лекарства? Если да, просьба указать какие именно:

Название (или имя доктора) и адрес медицинского учреждения, оказавшего помощь:

--	--	--	--

№ страхового случая в договоре*

--	--	--	--

Регистр. № *

--	--	--	--

Риск *

* заполняется отделом по ликвидации страховых случаев

Врач на территории Чешской Республики, обладающий наиболее полной информацией о состоянии Вашего здоровья (имя и адрес):

Существует ли подозрение на чужую вину? ДА НЕТ

В случае, если Вы отметили вариант ДА, просьба указать имя и адрес данного лица:

Проводилось ли расследование случая? ДА НЕТ

Просьба указать имя, адрес и номер дела, или прикрепить заключениеследственного органа либо полицейский протокол:

Просьба указать перечень документов, подтверждающих страховой случай, а также их количество (заклучения врачей, бухгалтерская документация, платежные квитанции, и т. д.):

Общая стоимость оказанной медицинской помощи в чешских кронах:

Настоящим в соответствии с § 441 Гражданского кодекса, а также § 50 и § 51 Уголовно-процессуального кодекса (§ 33 Административного кодекса)уполномочиваю сотрудника Акционерного общества «Страховая компания «Славия» (Slavia pojišťovna a.s.)ознакомливаться в соответствии с § 65 Уголовно-процессуального кодекса (§ 38 Административного кодекса) для целей ликвидации указанного ущерба со следственным делом Полиции Чешской Республики,оформлять выписки из него, снимать копии за свой счет, предоставлять предложения в правоохранительные органы для дополнения доказательств и предоставлять предложения, заявления и средства судебной защиты совместно с пострадавшим. Я также уполномочиваю всехспрашиваемых врачей, медицинские учреждения и медицинские страховые компании предоставить Акционерному обществу «Страховая компания«Славия»любую конфиденциальную информацию о состоянии моего здоровья.

Заявление:

Заявляю, что на все вопросы я ответил/а правдиво и полностью и осознаю последствия возможного предоставления ложной информации и фактов относительно обязательства страховщика по выплате страхового возмещения.

Страховое возмещение перечислить: на банковский счет в Чешской Республике

Название банка:

Номер счета:

Код банка:

 почтовым переводом по адресу в Чешской Республике

Имя и фамилия:

Улица и пор. № / ор. №:

Почтовый индекс:

Город:

В ДНЯ

Подпись застрахованного или имя, фамилия
и подпись законного представителя**Slavia pojišťovna a.s.**Revoluční 1, 110 00 Praha 1 | Info linka: +420 255 790 111 | www.slavia-pojistovna.cz
IČ: 60197501 | zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2591**...moderní přístup k tradičním hodnotám**