



Číslo pojistné události

Číslo pojistné smlouvy

Oznámení pojistné události Rizikové pojištění PRO Zdraví

1. Pojištěný

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Datum narození

Bydliště

E-mail

Telefon

2. Oprávněná osoba / zákonný zástupce*

Jméno a příjmení

Rodné číslo

Datum narození

Bydliště

E-mail

Telefon

* Vyplňte pouze v případě, že pojistnou událost hlásí oprávněná osoba nebo zákonný zástupce u nezletilého pojištěného.

3. Pojistná událost

Úmrtí úraz / úraz v automobilu / náklady pohřbu

Invalidita (I., II. nebo III. stupeň)

Trvalé následky úrazu

Pracovní neschopnost

Hospitalizace

Závažné onemocnění

Denní odškodné za léčení úrazu

Ošetřování dítěte

4. Popis události – datum, místo, podrobný popis jak k události došlo

Řešila událost Policie ČR?

ANO

číslo spisu

NE

Byl jste již dříve léčen pro uvedený úraz / nemoc?

ANO

NE

5. Způsob zaslání pojistného plnění

Bankovním převodem

Číslo účtu

Kód banky

6. Ošetřující lékař – první ošetření

Jméno a příjmení

Adresa

E-mail

Telefon

7. Stálý ošetřující lékař

Jméno a příjmení

Adresa

E-mail

Telefon

8. Základní podklady potřebné pro likvidaci

Tyto dokumenty zašlete společně s hlášením pojistné události.

Smrt – Úmrtní list, Lékařská zpráva- Informace o příčině úmrtí, Zpráva Policie ČR (pokud šetřila), Rozhodnutí o vypořádání dědictví, Faktura za pohřeb (pouze v případě pojištění nákladů pohřbu)

Úraz – Lékařská zpráva z 1. ošetření

Hospitalizace – propouštěcí zpráva

Pracovní neschopnost – Lékařská zpráva, potvrzení o vystavení/trvání PN

Invalidita – Posudek o zdravotním stavu, Rozhodnutí o přiznání invalidního důchodu

Závažná onemocnění – Lékařská zpráva

Ošetřování dítěte – potvrzení o ošetřování

Pojistitel může vyžadovat další doklady nutné pro likvidaci pojistné události.

Prohlášení

Čestně prohlašuji, že jsem všechny údaje uvedl pravdivě.

Zplnomocňuji tímto podle § 50 a § 51 tr. řádku (§ 33 spr. řádu) pracovníka Slavia pojišťovny, a.s., aby ve smyslu § 65 tr. řádu (§ 38 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené škodní události nahlížel do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činil z něho výpisky, pořizoval si na vlastní náklady kopie.

Počet příloh

V

Dne

Vyplněný formulář zašlete na: lpu.zdravi@slavia-pojistovna.cz

Podpis pojištěného/oprávněné osoby/zákonného zástupce

T. č.: 1602160/2023/160

Slavia pojišťovna a.s.

Táborská 940/31, 140 00 Praha 4 | Infolinka: +420 255 790 111 | E-mail: info@slavia-pojistovna.cz
IČ: 60197501 | Zapsaná v OR vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2591

www.slavia-pojistovna.cz