

CIZINCI
OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI - NUTNÁ A NEODKLAD. PÉČE

*) vyplní úsek likvidace pojistných událostí

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

Pojištěný: (vyplní pojištěný nebo jeho zák. zástupce, čitelně - strojově nebo hůlkovým písemem)

Jméno a příjmení:		
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
Datum a hodina vzniku události:		
Místo vzniku události:		
Podrobný popis okolností a příčin vzniku náhlého onemocnění nebo úrazu:		
Kdy a jak se projevilo náhlé onemocnění, případně, která část těla byla poraněna:		
Uveďte diagnózu, je-li Vám známa:		
Projevilo se již 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 I. pomoc:		
Kde jste se léčil (místo hospitalizace nebo ambulantní péče - název a adresa zařízení):		

Název a adresa dopravní zdravotní služby, která Vás dopravila do zdravotnického zařízení:		
Lékař na území ČR, který má nejlepší informace o Vašem zdravotním stavu (jméno a adresa)		
Bylo za úrazem nebo náhlým onemocněním zavinění jiné osoby:	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:		
(účetní doklady, doklady o zaplacení a další)		
Jak vysokou náhradu za poskytnutou nutnou a neodkladnou péči uplatňuje zdr. zařízení?		
Uveďte celkovou částku v Kč:	<input type="text"/>	Slovy: <input type="text"/>
Jak vysokou částku uplatňujete Vy vůči pojistiteli:		
Uveďte celkovou částku v Kč:	<input type="text"/>	Slovy: <input type="text"/>
Zplnomocňuji tímto podle § 31 občanského zákoníku a § 50 a § 51 trestního řádu (§ 17 správního řádu) pracovníka Slavia pojišťovny a.s., aby ve smyslu § 65 trestního řádu (§ 23 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 vedle s poškozeným. Souhlasím, aby si Slavia pojišťovna a.s. vyžádala potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu.		
Prohlášení:		
Prohlašuji, že jsem na všechny otázky odpověděl pravdivě a úplně a jsem si vědom důsledků případného uvedení nepravdivých údajů a skutečností, pro povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění..		
V případě plnění poukažte finanční částku na bankovní účet v ČR:		
Název banky:	číslo účtu:	kód banky:
Nebo zašlete poštovní poukázkou na adresu:		
V dne		podpis pojištěného nebo zákonného zástupce