

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

Pojištěný:		číslo pojistné smlouvy	
Jméno:			
Adresa:			PSČ:
Telefon:	Rodné číslo:		
Bank. spojení:	Spec. symbol:		

Poškozený: (vyplňte jen, je-li odlišný od pojištěného)

Jméno:			
U nezletilého uveďte jméno zákonného zástupce:			
Adresa:			PSČ:
Telefon:	Rodné číslo:		
Je mezi Vámi nebo spolupojištěnými a poškozenou osobou příbuzenský vztah? NE ANO - jaký			
V případě úrazového připojištění sedadel uveďte pro každou přepravovanou osobu:			
1.	Jméno:	Sedadlo, kde osoba seděla v době události:	
	Adresa:	PSČ:	
	Rodné číslo:	Vztah k pojištěnému:	
2.	Jméno:	Sedadlo, kde osoba seděla v době události:	
	Adresa:	PSČ:	
	Rodné číslo:	Vztah k pojištěnému:	
3.	Jméno:	Sedadlo, kde osoba seděla v době události:	
	Adresa:	PSČ:	
	Rodné číslo:	Vztah k pojištěnému:	
4.	Jméno:	Sedadlo, kde osoba seděla v době události:	
	Adresa:	PSČ:	
	Rodné číslo:	Vztah k pojištěnému:	
Značka a typ vozidla:			SPZ

Popis události:

Datum a hodina vzniku události:	Druh události:	úraz	zdravotnické úkony
Místo vzniku události:			
Příčina vzniku události:			
Podrobný popis události:			
Máte uzavřeno další pojištění stejného druhu u jiného pojistitele? NE ANO - u kterého:			
Uplatňujete u tohoto pojistitele vzniklou událost? NE ANO - číslo pojistné smlouvy:			
Případné pojistné plnění poukažte:	pojištěnému	poškozenému	zdravotnickému zařízení
Bankovní účet:			
Adresa:			

Adresa lékařského místa, kde bylo poskytnuto ošetření/léčení:
Jméno ošetřujícího lékaře:
Poznámka: Jako přílohu připojte potvrzení zdravotnického zařízení.

Vyplňte v případě nároků z pojištění úrazu:

Jedná se o úraz:	hromadný	ANO	NE	těžký	ANO	NE	smrtelný	ANO	NE
V případě hromadného úrazu doplňte, kolik osob bylo současně zraněno:									
V případě smrtelného úrazu doplňte datum úmrtí:									
Došlo k úrazu při dopravní nehodě?									
ANO NE									
Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových či omamných látek?									
ANO NE									
Byl úraz způsoben nebo ovlivněn jinou osobou, nebo vznikl následkem spolupůsobení přírodních živlů nebo zvířat?									
ANO NE									
Pokud ano, uveďte jméno a adresu osoby nebo upřesněte druh přírodního živlu nebo zvířete:									
Co bylo na místě úrazu v nesprávném nebo nebezpečném stavu?									
Druh a rozsah poranění:									
V případě smrti pojištěného/poškozeného uveďte jméno, adresu a telefonní spojení osoby, které událostí vzniká nárok na pojistné plnění:									

Vyplňte v případě nároků z připojištění zdravotnických úkonů nehrazených z prostředků všeobecného zdrav. pojištění:

Jedná se o:	plánované ošetření	akutní ošetření
Žádáte o poskytnutí zálohy na pojistné plnění?	NE	ANO - v jaké výši:
Uveďte doklady, kterými dokládáte úhradu zdravotnických úkonů nehrazených z prostředků všeobecného zdravotního pojištění:		
V případě smrti pojištěného/poškozeného uveďte jméno, adresu a telefonní spojení osoby, které událostí vzniká nárok na pojistné plnění:		

Šetření události:

Šetřeno Policií	NE	ANO	- útvar:
Adresa útvaru:			
číslo jednací:			

Poznámka:

--

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 činných v trestním řízení na doplnění dokazování a činil návrhy, žádosti a opravné prostředky vedle s poškozeným.

Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy pojišťovny odpověděl/a pravdivě a úplně a jsem si vědom důsledků nesprávných odpovědí pro povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

V dne	podpis pojištěného/oznamovatele
-------------------	---------------------------------