

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? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO - u kterého:			
Uplatňujete u tohoto pojistitele vzniklou událost? <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	těžký <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	smrtelný <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE
V případě hromadného úrazu doplňte, kolik osob bylo současně zraněno:			
V případě smrtelného úrazu doplňte datum úmrtí:			
Došlo k úrazu při dopravní nehodě? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Došlo k úrazu pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových či omamných látek? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
Byl úraz způsoben nebo ovlivněn jinou osobou, nebo vznikl následkem spolupůsobení přírodních živlů nebo zvířat? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> 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:	<input type="checkbox"/> plánované ošetření	<input type="checkbox"/> akutní ošetření
Žádáte o poskytnutí zálohy na pojistné plnění?	<input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	- v jaké výši: <input type="text"/>
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 <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> ANO	- útvar: <input type="text"/>
Adresa útvaru: <input type="text"/>	
číslo jednací: <input type="text"/>	

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
-------------------	---------------------------------