

Číslo PU na smlouvě *

Evid. č.*

Riziko*

* vyplní úsek likvidace pojistných událostí

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – CESTOVNÍ POJIŠTĚNÍ

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
 nebo naskenujte a zašlete na e-mail: lpu@slavia-pojistovna.cz

Číslo pojistné smlouvy: Druh pojištění: Počátek pojištění: Konec pojištění:

Pojištěný (vyplní pojištěný nebo jeho zákonný zástupce, čitelně – strojově nebo hůlkovým písmem)

Příjmení:		Jméno:	
Adresa v ČR:			PSČ:
Telefon:	E-mail:	Číslo průkazu totožnosti:	
Rodné číslo (případně datum narození):			
U dítěte zákonný zástupce – jméno, kontakt (Tel., E-mail):			

Popis události (níže zakřížkujte, o kterou událost se jedná)

<input type="checkbox"/> Léčebné výlohy	<input type="checkbox"/> Úraz	<input type="checkbox"/> Zavazadla	<input type="checkbox"/> Zpoždění letu	<input type="checkbox"/> Zpoždění zavazadel
<input type="checkbox"/> Únos letadla	<input type="checkbox"/> Storno cesty	<input type="checkbox"/> Veterinární léčba	<input type="checkbox"/> Nevyužitá dovolená	<input type="checkbox"/> Asistenční služby

Datum a hodina vzniku události:		Místo vzniku události:		
Specifikace zájezdu / cesty:	Od	Do	Kam	
Datum platby zájezdu / cesty:		Výše stornopoplatků:		

Podrobný popis škodné události:

V případě zdravotní škody, uveďte název a adresu zdravotnického zařízení (případně jméno lékaře), které poskytlo ošetření:

Uveďte i diagnózu, je-li vám známa:

Projevilo se u Vás nebo trpěl/a jste již před vznikem pojištění onemocněním, pro které jste vyhledal/a lékařskou péči? ANO NE

Užíváte či užíval/a jste na toto onemocnění léky? ANO NE

Pokud ano, uveďte jaké:

Lékař na území ČR, který má nejlepší informace o Vašem zdravotním stavu (jméno a adresa):

Jsou případní svědci? Pokud ano, uveďte jejich jméno, příjmení, adresu, telefon, email:

V případě odpovědnostní škody uveďte k poškozenému: jméno, příjmení, adresu, telefon, email:

Číslo PU na smlouvě *

Evid. č.*

Riziko*

* vyplní úsek likvidace pojistných událostí

Existuje podezření na cizí zavinění? ANO NE

V případě, že existuje podezření, uveďte jméno a kontakt na osobu (je-li Vám známá), která škodu zavinila. Případně jména a kontakty svědků.

Byla škoda vyšetřována policií nebo jiným orgánem? ANO NE

Pokud ano, přiložte protokol, případně popište:

Uveďte seznam dokumentů, kterými dokládáte pojistnou událost, a jejich počet (lékařské zprávy, účetní doklady, doklady o zaplacení a další):

Celková částka za škodu v cizí měně:

Celková částka za škodu v Kč (odhad):

Zplnomocňuji tímto podle § 441 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 činným v trestním řízení na doplnění dokazování a činil návrhy, žádosti a opravné prostředky spolu s poškozeným. Opravňuji všechny dotazované lékaře, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny, aby poskytly Slavia pojišťovně a.s. veškeré citlivé informace o mém zdravotním stavu.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem na všechny otázky odpověděl/a pravdivě a úplně a jsem si vědom/a důsledků případného uvedení nepravdivých údajů a skutečností, pokud jde o povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Pojistné plnění poukažte: na bankovní účet v ČR

Název banky:

Číslo účtu:

Kód banky:

Já, níže podepsaný, zmocňuji společnost Riviera Tour, s.r.o., IČ 259 117 41, se sídlem Lidečko 31, 75612 Horní Lideč, aby mě zastupovala při všech jednáních se Slavia pojišťovnou a.s. ve věci likvidace výše popsané pojistné události. Dále prohlašuji, že souhlasím s tím, aby pojistné plnění bylo poukázáno na účet společnosti Riviera Tour, s.r.o.

V dne

Podpis pojištěného nebo jméno, příjmení
a podpis zákonného zástupce

T. č.: 210614/2016/11