



|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

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:

 poštovní poukázkou na adresu v ČR

Jméno a příjmení:

Ulice a č. p. / č. or.:

PSČ:

Město:

V ..... dne .....

Podpis pojištěného nebo jméno, příjmení  
a podpis zákonného zástupce