

ПОВІДОМЛЕННЯ ПРО СТРАХОВИЙ ВИПАДОК - НЕОБХІДНА ТА НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА

СТРАХУВАННЯ ВИДАТКІВ НА МЕДИЧНУ ДОПОМОГУ (ТУРИСТИЧНЕ СТРАХУВАННЯ АБО СТРАХУВАННЯ ІНОЗЕМЦІВ)

№ договору страхування:

Вид страхування:

Початок страхування:

Кінець страхування:

Якщо Ви хочете використати право на відшкодування за страховий випадок, заповніть це повідомлення та надішліть на адресу: Slavia pojišťovna a.s., Revoluční 1, 110 00 Praha 1.

Страховальник: (заповнить страховальник або його законний представник, розбірливо – надрукує або напише друкованими літерами)

Прізвище, ім'я:

Адреса в ČR:

Телефон:

№ посвідчення особи:

№ дозволу на проживання:

Опис випадку: (нижче визначте хрестиком, якого випадку це стосується)

необхідна та невідкладна допомога ліки, випсані амбулаторно Стоматологічна допомога Інша медична допомога

Дата та година виникнення випадку:

Місце виникнення випадку:

Детальний опис обставин та причин виникнення захворювання або травми:

Коли та як виявилось захворювання та яка частина тіла була поранена?

Вкажіть діагноз, якщо Ви його знаєте:

Виявилось у Вас тепер, або Ви вже раніше хворіли захворюванням, із-за якого Ви звернулися до лікаря про медичну допомогу?

Вживаєте або вживали Ви ліки на це захворювання? У випадку вживання вкажіть ліки, які вживаєте:

Назва (або ім'я лікаря) та адреса медичної установи, яка надала медичну допомогу:

Лікар на території ЧР, який має найбільше інформації про Ваш стан здоров'я (ім'я та адреса):

Чи є підозра щодо вини сторонньої особи? так ні

У випадку, якщо Ви визначили ТАК, вкажіть ім'я та адресу цієї особи:

Проводилося розслідування цієї справи? так ні

Вкажіть ім'я, адресу а номер справи, можете додати повідомлення органу розслідування або протокол поліції:

Вкажіть список та кількість документів, якими доказуєте страховий випадок:
(медичні довідки, бухгалтерські документи, документи про оплату і т.д.)

Загальна сума за медичну допомогу в чеських кронах:

Уповноважую згідно § 31 Цивільного кодексу та § 50, 51 кримінального кодексу (§ 33 адміністративного положення) працівника страхової компанії Славія а.т., щоб він згідно § 65 кримінального кодексу (§ 38 адміністративного положення) для потреб ліквідації вищевказаної шкоди знайомився з даними слідчої справи Поліції ЧР, робив з неї виписки, робив копії документів за свій рахунок, подавав пропозиції правоохоронним органам щодо доповнення доказів та подавав пропозиції, заяви та апеляції разом з потерпілим. Даю право всім опитуваним лікарям, медичним установам та медичним страховим компаніям, щоб вони надали страховій компанії Славія а.т. всю необхідну інформацію про мій стан здоров'я.

Заява:

Заявляю, що на всі питання я відповів правдиво та повністю, та я усвідомлю наслідки вказання неправдивих даних та фактів, які мають вплив на обов'язок страхувача відшкодувати страховий випадок.

Відшкодування страхового випадку надішліть:

на банківський рахунок в ЧР:

Назва банку:

Номер рахунку: Код банку:

поштовим переказом на адресу в ЧР:

Ім'я та прізвище:

Вулиця та номер будинку: Індекс: Місто:

В:

Дата

Підпис страхувальника або ім'я, прізвище та підпис законного представника