

ZÁKLADNÍ ŠKOLA A MATEŘSKÁ ŠKOLA CHVALŠINY

IČ: 60084316, tel. 380 739 117, email: reditel@zschvalsiny.cz

Vážený pane řediteli,

tímto Vás žádám o náhradu bolestného za úraz, který se stal dne

při vyučování v/ve (místo události)

kde můj syn / dcera jméno)

(stručný popis události)

.....

.....

Přikládám lékařskou zprávu potvrzenou ošetřujícím lékařem.

Kontaktní telefon:

Kontaktní e-mail:

(telefon slouží především pro rychlejší komunikaci ze strany pojišťovny, případně pojišťovacího zprostředkovatele. Na e-mail budou zasílány případné žádosti o doložení dodatečných dokladů k úrazu nebo Oznámení o výplatě pojistného plnění).

Pojistné plnění zašlete na:

(uveďte zákonného zástupce, jestliže poškozený není plnoletý)

- jméno, adresa:

- číslo účtu:

Toto prohlášení slouží k projednání požadavku o náhradu škody/újmy s pojistitelem, u něhož má pojištěný uzavřeno pojištění odpovědnosti za újmu (Generali Česká Pojišťovna).

Ve Chvalšínách dne

podpis poškozeného

(zákonného zástupce, jestliže je poškozený mladší 18-ti let nebo není-li plně svéprávný)