



ŽÁDOST O VYPLACENÍ SPOLUÚČASTI ZŠ NA PLNĚNÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI

Žádám o vyplacení spoluúčasti ZŠ na plnění pojistné události mého dítěte, která se stala v době školního vyučování.

Datum pojistné události:

Jméno poškozeného:

Třída:

Jména zákonných zástupců:

Kontaktní adresa:

Tel.:

e-mail:

Bankovní spojení pro výplatu spoluúčasti pojistného plnění:

Datum:

Podpis zákonného zástupce: