

Oznámení škodní události

z úrazového pojištění - trvalé následky

Otisk razítka, datum a podpis příjemce oznámení

INFORMACE O POJIŠTĚNÉM		ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:
Datum platnosti pojištění od:	do:	
Příjmení:	Jméno:	
Titul:	Datum narození:	Rodné číslo: /
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):		
PSČ:		
Telefon:	E-mail:	
Název a kód zdravotní pojišťovny v ČR:		

INFORMACE O NÁROKUJÍCÍM / zákonném zástupci		(vyplňte v případě, že pojištěný není shodný s nárokuujícím)
Příjmení:	Jméno:	Titul:
Rodné číslo: /	Vztah k pojištěnému:	
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):		
PSČ:		
Telefon:	E-mail:	

ÚDAJE O ŠKODNÍ UDÁLOSTI			(nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)
Datum škodní události:	Místo:	Stát:	
Uveďte činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo:			
Vznikla škoda při provozování sportu? ☐ Ano ☐ Ne			
Pokud ano uveďte, o jaký sport se jednalo:			
Došlo ke škodní události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? ☐ Ano ☐ Ne			
Jste:	☐ Pravák	☐ Levák	
Máte sjednáno ještě další pojištění trvalých následků? ☐ Ano ☐ Ne			
Pokud ano, u jaké pojišťovny a v jaké výši			

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukážte:

Poštovní poukázkou na adresu:	PSČ:	
Na korunový bankovní účet pojištěného u:		
Číslo účtu:	Kód banky:	Spec.symbol:

Nárok na pojistné plnění za trvalé následky úrazu vzniká

- v případě ukončení léčení, nastal-li ustálený stav
- v případě, že ustálený stav ještě nenastal, po třech letech ode dne vzniku úrazu
- nárok na pojistné plnění se promlčuje uplynutím 4 let ode dne vzniku pojistné události (tzn. že likvidační šetření musí být ukončeno v této lhůtě)

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně. Jsem si vědom/a důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu.

Svým podpisem zprošťuji lékaře a zaměstnance zdravotnických zařízení a úřadů (zdravotních pojišťoven, finančních úřadů, úřadů sociálního zabezpečení atd.) povinnosti mlčenlivosti a zmocňuji je k poskytnutí potřebných informací pojistiteli k ukončení likvidace pojistné události.

V dne

Vyplněný formulář spolu s fotokopii zdravotní dokumentace, včetně popisů RTG snímků jsou-li k dispozici, týkajících se Vašeho úrazu, zašlete e-mailem na: oznameni.udalosti@pvzp.cz (velikost jedné zprávy nesmí překročit 15 MB) nebo zašlete písemně na adresu: Pojišťovna VZP, a.s., odbor likvidace pojistných událostí, Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1.

U políček s možností volby zakřížkujte hodící se variantu.