



Oznámení škodní události

z úrazového pojištění

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 ŽADATELI

(vyplňte v případě, že pojištěný není shodný s žadatelem)

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:		
Uveďte právní zájem žadatele na pojistném plnění:			

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? Pokud ano uveďte, o jaký sport se jednalo:	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Došlo ke škodní události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Byla škodní událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Vznikla škoda cizím zaviněním? Pokud ano, uveďte podrobnější informace.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Vznikla škoda při dopravní nehodě? Pokud ano, uveďte číslo jednací:	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

Máte sjednáno další platné úrazové pojištění (např. z platební karty)? Pokud ano, uveďte jaké: U které komerční pojišťovny:	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Oznámil jste škodní událost asistenční službě?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Máte navíc sjednáno ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ PLUS?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Máte navíc sjednáno POJIŠTĚNÍ ZIMNÍCH SPORTŮ VE SNOWPARKU?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Název a adresa poskytovatele zdravotních služeb u kterého Vám bylo poskytnuto první ošetření, případně další léčba:	od:	do:
--	-----	-----

Uveďte, prosíme, informace o všech zdravotnických zařízeních v zahraničí a v České republice, kde jste byl/a (nebo stále jste) v souvislosti s úrazem ošetřen/a, léčen/a nebo hospitalizován/a.

Název a adresa poskytovatele zdravotních služeb:	od:	do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	

Název a adresa poskytovatele zdravotních služeb:	od:	do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	

Kdo a kde zjistil trvalé následky

Název a adresa poskytovatele zdravotních služeb:	datum:
Jméno lékaře:	Odbornost:

Jaké zranění jste následkem úrazu utrpěl(a)?	
Která část těla byla poraněna?	
Jak se trvalé následky úrazu projevují?	
Měl(a) jste viditelné známky zranění (rány, pohmožděniny apod.)? Pokud ano, popište.	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
U končetin a párových orgánů označte stranu:	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Dominantní horní končetina je:	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Byla tato část těla postižena již před úrazem?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Utrpěl(a) jste v minulosti podobný úraz? Pokud ano, popište.	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazovým poškozením:	

V případě úrazu s následkem smrti, prosíme, přiložte ověřenou kopii úmrtního listu a kopii lékařské zprávy o příčině smrti.

DOPLŇJÍCÍ POZNÁMKY

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte:

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

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí pro povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčení pojištěného pro potřeby šetření škodní události a zproštluji poskytovatele zdravotních služeb mlčenlivosti. Dále zmocňuji příslušné poskytovatele zdravotních služeb k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení.

Rovněž souhlasím, aby si pojistitel pro potřeby šetření škodní události vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

Počet listů příloh, které přikládám:

V	dne	Podpis pojištěného nebo žadatele
---	-----	----------------------------------

Vyplněný formulář předejte zástupci pojistitele tohoto pojištění nebo zašlete přímo na adresu: Pojišťovna VZP, a.s., odbor likvidace pojistných událostí, Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1, případně na e-mail: oznameni.udalosti@pvzp.cz (velikost jedné zprávy nesmí překročit 15 MB).

U políček s možností volby zakřížkujte hodící se variantu.