



# 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? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne                                      |        |       |
| Pokud ano uveďte, o jaký sport se jednalo:                                                                                          |        |       |
| Došlo ke škodní události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |        |       |

|                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Jste: <input type="checkbox"/> Pravák <input type="checkbox"/> Levák                                            |
| Máte sjednáno ještě další pojištění trvalých následků? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 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](mailto: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.