

Číslo pojistné smlouvy

Jméno a příjmení pojištěného:

Adresa bydliště:

Korespondenční adresa:

Datum narození:

Rodné číslo:

E-mail:

Kód ZP:

Telefon:

Telefon 2:

Zákonný zástupce / opatrovník pojištěného

Jméno a příjmení:

Telefon:

Datum narození:

Rodné číslo:

E-mail:

Adresa bydliště:

Korespondenční adresa:

Vztah k pojištěnému:

Oznamovatel (je-li odlišný od pojištěného nebo jeho zákonného zástupce / opatrovníka)

Jméno a příjmení oznamovatele:

Telefon:

Adresa bydliště:

Korespondenční adresa:

Datum narození:

Rodné číslo:

E-mail:

Uveďte právní zájem oznamovatele na pojistném plnění (v jakém vztahu jste vůči pojištěnému):

Popis škodní události

Datum a hodina události:

Místo:

Stát:

Podrobně popište, za jakých okolností došlo k úrazu či nemoci pojištěného:

Došlo k události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? Ano Ne

Byla událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu Ano Ne

Vznikla událost cizím zaviněním? Pokud ano, uveďte podrobnosti Ano Ne

Vznikla událost při dopravní nehodě? Ano Ne

Byla událost hlášena asistenční službě? Ano Ne

Číslo, pod kterým je událost evidována u asistenční služby:

Jste současně pojištěn na stejné riziko jinou pojistnou smlouvou? Ano Ne

Pokud ano, u kterého pojistitele?

Pojištění zásahu horské záchranné služby

Byly náklady na zásah horské záchranné služby již uhrazeny? Pokud ano, přiložte doklad

Ano

Ne

Kontakt na horskou službu, která požaduje úhradu nákladů:

Adresa ordinace:

E-mail:

Telefon:

K oznámení škodní události je nutné doložit tyto doklady:

- faktury za poskytnuté služby horské záchranné služby
- o úhradě horské záchranné služby
- záznam ze zásahu horské záchranné služby
- veškeré další dokumenty související se škodní událostí

Pojištění veterinární péče (Pojištěné zvíře)

Druh zvířete:

Pohlaví:

Datum narození:

Číslo mikročipu:

Číslo pasu zvířete:

Kontakt na veterinárního lékaře v ČR, který o zvíře pečuje:

K oznámení škodní události je nutné doložit originály dokladu:

- o zaplacení veterinární péče včetně výpisu provedených zákroků
- o úhradě předepsané medikace
- lékařské zprávy veterinárního lékaře
- kopii pasu zvířete
- veškeré další dokumenty související se škodní událostí

Údaje pro zaslání pojistného plnění

Pojištěný uplatňuje náhradu nákladů v celkové částce a měně:

Pojistné plnění poukažte:

Na korunový bankovní účet číslo:

Kód banky:

Název banky:

Poštovní poukázkou na adresu:

Vyplněný formulář spolu s fotokopii všech dokladů a zdravotní dokumentace týkající se vaší škodní události 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.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, 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 zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči 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 ostatních pojišťoven.

Počet listů přílohy, které přikládám:

Místo:

Datum:

Podpis pojištěného
(zákonného zástupce)