

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:

Která část těla byla poraněna – jak se projevilo onemocnění:

Trpěl pojištěný tímto onemocněním již před počátkem pojištění?

Ne

Ano

Od kdy:

Byla kontaktována asistenční služba?

Ne

Ano

Kdy a kým:

Číslo, pod kterým je událost evidována u asistenční služby:

Název a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první pomoc:

Název a adresa zdravotnického zařízení, kde se pojištěný léčil následně:

Dopravu pojištěného do zdravotnického zařízení provedl:

Dopravu pojištěného do ČR provedl:

Údaje o hospitalizaci

Datum a čas příjmu k hospitalizaci:

Datum a čas ukončení hospitalizace:

Praktický lékař, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace pojištěného

Jméno a příjmení lékaře:

Adresa ordinace:

E-mail:

Telefon:

Vyšetřování nemoci/úrazu

Byl úraz či onemocnění zaviněno třetí osobou? Ano Ne

V případě odpovědi ANO uveďte, kým byl úraz/onemocnění zaviněno/o *(jméno, příjmení, kontaktní údaje)*

Šetřila událost policie nebo jiný orgán: Ano Ne

Uveďte, kdo případ vyšetřoval (jméno, adresa), a doložte policejním protokolem či jinou zprávou vyšetřujícího orgánu:

K oznámení škodní události je nutné doložit tyto doklady:

- lékařskou dokumentaci
- faktury/účty za provedené lékařské služby
- kopie receptů za léky a lékařský materiál
- o zaplacení lékařských služeb
- policejní protokol v případě šetření události policií
- propouštěcí zprávu v případě hospitalizace
- v případě úmrtí kopii úmrtního listu a lékařského osvědčení o příčině smrti

	Výše nákladů	Měna
Ošetření:		
Léky:		
Doprava:		
Celkem:		

Uhrazené náklady pojištěným:

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:

Pojištěný náklady nehradil

Úhradu nákladů požaduje zdravotnické zařízení v celkové částce a měně:

Je pojištěný pojištěn na stejné riziko i u jiného pojistitele?

Ne

Ano

U kterého:

Doba pobytu pojištěného v zahraničí:

Datum odjezdu z ČR:

Čas odjezdu:

Datum návratu do ČR:

Čas návratu:

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)