

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

Byla kontaktována asistenční služba?

Ano

Ne

Evidenční číslo služby:

Máte sjednáno další platné pojištění stejného typu?

Ano

Ne

U kterého?

Pojištění cestovních plánů

Datum cesty	od:	do:		
Důvod zmaření cestovních plánů:	Hospitalizace	Úmrtí	Škoda na majetku	Výzva MZV ČR k opuštění oblasti
	Označení cílové destinace za zdraví/život ohrožující			

Příslušný doklad přiložte

Pojištění bezpečnostních rizik

Příčina vzniku události:	Únos / braní rukojmí	Zkrácení cesty / opuštění ohrožené oblasti
Doba trvání únosu / braní rukojmí	od:	do:
Zkrácení cesty / opuštění ohrožené oblasti		
Náklady na cestu do bezpečného místa v Kč:		
Náklady na ubytování v Kč:		

K oznámení škodní události je nutné přiložit tyto doklady:

- policejní protokol nebo jiný záznam z šetření události
- nájemní smlouvu o zapůjčení vozidla
- fotodokumentaci s rozsahem škody
- pojistnou smlouvu o havarijním pojištění, pokud není součástí nájemní smlouvy
- doklad o uhrazené spoluúčasti
- veškeré další dokumenty související se škodní událostí

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:		

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)
--------	--------	--