

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 a při jaké činnosti došlo k úrazu pojištěného:

Vznikl úraz při provozování sportu?

Ano

Ne

Při kterém?

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

U kterého?

Název a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první pomoc:

Název a adresa zdravotnického zařízení, kde se pojištěný léčil následně (doložte veškerou zdravotnickou dokumentaci z těchto léčení):

Jaké zranění jste následkem úrazu utrpěl/a?

Která část těla byla poraněna? (U párových orgánů uvěďte stranu)

Jak se trvalé následky projevují?

Jste pravák nebo levák?

Pravák

Levák

Byla tato část těla postižena již před úrazem? Pokud ano, kdy a jak?

Ano

Ne

Utrpěl(a) jste v minulosti podobný úraz? Pokud ano, kdy a jak?

Ano

Ne

Doplňující poznámky:

K oznámení škodní události je nutné doložit originály dokladu:

- 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 čtyř let ode dne vzniku pojistné události (tzn. že likvidační šetření musí být ukončeno v této lhůtě)
- pro šetření škodní události doložte lékařskou dokumentaci z průběhu celého léčení úrazu
- v případě trvalých následků lékařskou zprávu s podrobným popisem trvalých následků

Údaje pro zaslání pojistného plnění

Pojištěný uplatňuje náhradu nákladů v celkové částce a měně:

Pojistné plnění poukažte:

Na korunový bankovní účet číslo:

Kód banky:

Spec. symbol:

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)