



Oznámení škodní události

Otisk razítka, datum a podpis příjemce oznámení

Pojištění invalidity následkem úrazu

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):			
PSC:			
Telefon:	E-mail:		
Název a kód zdravotní pojišťovny v ČR:			

INFORMACE O NÁROKUJÍCÍM / zákonném zástupci

(vyplňte v případě, že není shodný s pojištěným)

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Rodné číslo:	/	Vztah k pojištěnému:
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):		
PSC:		
Telefon:	E-mail:	

ÚDAJE O ŠKODNÍ UDÁLOSTI

(nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)

Datum škodní události:	Místo:	Stát:
Uveďte za jakých okolností došlo k úrazu, který, zanechal trvalé následky, na základě kterých žádáte posouzení nároku z pojištění invalidity následkem úrazu:		
K jakému dni Vám byl přiznán invalidní důchod, a kterého stupně?		
Vznikla škoda při provozování sportu? ☐ Ano ☐ Ne		
Pokud ano uveďte, o jaký sport se jednalo:		
Došlo ke škodní události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? ☐ Ano ☐ Ne		
Jste: ☐ Pravák ☐ Levák	Máte sjednáno ještě další pojištění invalidity následkem úrazu? ☐ Ano ☐ Ne	
Pokud ano, u jaké pojišťovny a v jaké výši		

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte:

Na korunový bankovní účet pojištěného u:		
Číslo účtu:	Kód banky:	Spec.symbol:
Poštovní poukázkou na adresu:		
PSC:		

Nárok na pojistné plnění z pojištění invalidity následky úrazu vzniká

- za úraz pojištěného, ke kterému došlo během trvání pojištění, a který zanechal trvalé následky úrazu nejméně 60%/ 70% (dle sjednaných pojistných podmínek) podle oceňovací tabulky pro trvalé následky 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	Podpis pojištěného/ zákonného zástupce nebo žadatele
---	-----	--

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 (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.