Oznámení škodní události

Otisk razítka, datum a podpis příjemce oznámení

z pojištění pro případ hospitalizace v cizině

INFORMACE O POJIŠTĚNÉM **ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:**

Datum platnosti pojištění od:			
Příjmení:		Jméno:	
Titul:	Datum narození:	Rodné číslo:	/
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):		PSČ:	
Telefon:		E-mail:	
Název a kód zdravotní pojišťovny v ČR:			
Trpěl/a jste již dříve zdravotními problémy, které byly příčinou Vaší hospitalizace?			
☐ ANO - uveďte kdy, diagnózu, popis onemocnění či úrazu		☐ NE	

PRAKTICKÝ LÉKAŘ, U KTERÉHO JE VEDENA KOMPLETNÍ ZDRAVOTNÍ DOKUMENTACE POJIŠTĚNÉHO - Jméno, adresa a telefon

ÚDAJE O ŠKODNÍ UDÁLOSTI

Datum příjmu k hospitalizaci:	a čas:
Datum ukončení hospitalizace:	a čas:

PLNĚNÍ POUKAŽTE

☐ poukázkou na jméno pojištěného a výše uvedenou adresu

☐ na účet číslo:

Požadovaná dokumentace:

a) vyplněný formulář oznámení škodní události
b) kopie propouštěcí zprávy

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášené škodní události podal/a pouze toto oznámení. 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 nebo žadatele

INFORMACE O ŽADATELI (je-li odlišný od pojištěného)

Příjmení:		Jméno:	
Titul:	Datum narození:	Rodné číslo:	/
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):		PSČ:	
Telefon:		E-mail:	
Uveďte právní zájem žadatele na pojistném plnění:			

Vyplněný formulář předejte zástupci pojistitele tohoto pojištění nebo zašlete přímo na adresu: Pojišťovna VZP, a.s., odbor likvidace pojistných událostí, Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1, případně na e-mail: oznameni.udalosti@pvzp.cz (velikost jedné zprávy nesmí překročit 15 MB).

U políček s možností volby zakřížkujte hodící se variantu.