

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

INFORMACE O ŽADATELI (vyplňte v případě, že pojištěný není shodný s žadatelem)

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

ÚDAJE O ŠKODNÍ UDÁLOSTI (nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)

Datum škodní události:	Místo:	Stát:
Uveďte činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo:		
Vznikla škoda při provozování sportu? Pokud ano uveďte, o jaký sport se jednalo:	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Došlo ke škodní události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Byla škodní událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Vznikla škoda cizím zaviněním? Pokud ano, uveďte podrobnější informace.	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Vznikla škoda při dopravní nehodě? Pokud ano, uveďte číslo jednací:	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Název a adresa zdravotnického zařízení ve kterém Vám bylo poskytnuto první ošetření, případně další léčba:	od:	do:
Uveďte, prosíme, informace o všech zdravotnických zařízeních v zahraničí a v České republice, kde jste byl/a (nebo stále jste) v souvislosti s úrazem ošetřen/a, léčen/a nebo hospitalizován/a.		
Název a adresa zdravotnického zařízení:	od:	do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	
Název a adresa zdravotnického zařízení:	od:	do:
Jméno lékaře:	Odbornost:	
Kdo a kde zjistil trvalé následky		
Název a adresa zdravotnického zařízení:	datum:	
Jméno lékaře:	Odbornost:	

Jaké zranění jste následkem úrazu utrpěl(a)?	
Která část těla byla poraněna?	
Jak se trvalé následky úrazu projevují?	
Měl(a) jste viditelné známky zranění (rány, pohmožděniny apod.)? Pokud ano, popište.	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
U končetin a párových orgánů označte stranu:	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Dominantní horní končetina je:	<input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá
Byla tato část těla postižena již před úrazem?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Utrpěl(a) jste v minulosti podobný úraz? Pokud ano, popište.	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazovým poškozením:	

V případě úrazu s následkem smrti, prosíme, přiložte ověřenou kopii úmrtního listu a kopii lékařské zprávy o příčině smrti.

POJIŠTĚNÍ NÁKLADŮ NA INVALIDNÍ VOZÍK (vyplňte pouze v případě, uplatňujete-li nárok na toto pojištění)

Jméno lékaře, který předepsal :	Odbornost:
Název a adresa zdravotnického zařízení:	
K tomuto oznámení přiložte kopii lékařského předpisu na invalidní vozík a doklad za nákup nebo zapůjčení invalidního vozíku.	

POJIŠTĚNÍ POHŘEBNÍCH VÝLOH (vyplňte pouze v případě, uplatňujete-li nárok na toto pojištění)

Datum úmrtí pojištěného:	Místo úmrtí:
K tomuto oznámení přiložte doklad za úhradu pohřbu.	

DOPLŇUJÍCÍ POZNÁMKY

--

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukážte:

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

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí pro povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Beru na vědomí, že k oznámení jsem povinen předložit potřebné doklady podle článku 17, odst. 3 pojistných podmínek „ÚRAZ ČOV 2018“.

Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčeni pojištěného pro potřeby šetření škodné 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 škodné události vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

Počet listů příloh, které přikládám:

V	dne	Podpis pojištěného nebo žadatele
---	-----	----------------------------------

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Pojišťovna VZP, a.s., odbor likvidace pojistných událostí, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8, případně na e-mail: oznameni.udalosti@pvzp.cz.