

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.