



Oznámení škodné události

V2 OR

vyplněný 25.11.2014
TJ Slavík
Pekšíř
Otisk razítka, datum a podpis příjemce oznámení

z úrazového pojištění

INFORMACE O POJIŠTĚNÉM		ČÍSLO POJIŠTNÉ SMLOUVY:	
Datum platnosti pojištění od:	do:		
Příjmení: NOVAK	Jméno: ADAM		
Titul:	Datum narození: 20.3.2002	Rodné číslo: 020320/13923	
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):			PSČ: 50003
JIŘENÍ ŠTO, HRADEC KRÁLOVÉ			
Telefon: 605 123 456	E-mail: -		
Název a kód zdravotní pojišťovny v ČR: VZP 1M			

INFORMACE O ŽADATELI - rodič neaktivního sportovce (vyplňte v případě, že pojištěný není shodný s žadatelem)			
Příjmení: NOVÁKOVÁ	Jméno: JANA	Titul: JUDr.	
Rodné číslo: 635118/3295	Vztah k pojištěnému: matka		
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):			PSČ: 50003
JIŘENÍ ŠTO, HRADEC KRÁLOVÉ			
Telefon: 605 654 321	E-mail: jana.novakova@centrum.cz		

ÚDAJE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI (nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)			
Datum škodné události: 11.1.2014	Místo: PRAHA	Stát: ČR	
Uveďte činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo: podnikatel bosy při výletu - volejbal - u kámošů - míčkování			
Vznikla škoda při provozování sportu?	KOLEJBAL	<input checked="" type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano uveďte, o jaký sport se jednalo:		<input type="checkbox"/> Ano	<input checked="" type="checkbox"/> Ne
Došlo ke škodné události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?		<input type="checkbox"/> Ano	<input checked="" type="checkbox"/> Ne
Byla škodná událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu.		<input type="checkbox"/> Ano	<input checked="" type="checkbox"/> Ne
Vznikla škoda cizím zaviněním?		<input type="checkbox"/> Ano	<input checked="" type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte podrobnější informace.		<input type="checkbox"/> Ano	<input checked="" type="checkbox"/> Ne
Vznikla škoda při dopravní nehodě?		<input type="checkbox"/> Ano	<input checked="" type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte číslo jednací:			

Vyplňte pouze v případě, že úrazové pojištění bylo sjednáno v rámci cestovního pojištění.	
Jste současně pojištěni na stejné riziko jinou pojišťovnou (např. z platební karty)?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Pokud ano, uveďte jaké:	
Oznámil jste škodnou událost asistenční službě?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Máte navíc sjednáno ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ PLUS?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Máte navíc sjednáno POJIŠTĚNÍ ZIMNÍCH SPORTŮ VE SNOWPARKU?	<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: 11.1.2014	do: 11.1.2014
Třelávkova nemocnice - elmetgeby - Husáček Králové 50005 Jihlava			
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: 12.1.14	do: 30.1.14
Mudr. Jiháčková, Jihlava, Na Vyšňovské 1500			
Jméno lékaře: Mudr. Jiháčková	Odbornost: pediatr		
Název a adresa zdravotnického zařízení:		od:	do:
VYPLNĚNÉ JE, POKUD SE ÚRAZ ZEPIL NA JINOU MÍSTĚCH			
Jméno lékaře:	Odbornost:		
Kdo a kde zjistil trvalé následky			
Název a adresa zdravotnického zařízení:		datum:	
VYPLNĚNÉ JE POUZE V PŘÍPADĚ TRVALÝCH			
Jméno lékaře:	Odbornost: NÁVLEDKU		

U políček s možností volby zakřížkujte hodící se variantu.

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, pohmožděniný apod.)? Pokud ano, popište.	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne
U končetin a párových orgánů označte stranu:	<input type="checkbox"/> Pravá <input checked="" type="checkbox"/> Levá
Dominantní horní končetina je:	<input type="checkbox"/> Pravá <input checked="" type="checkbox"/> Levá
Byla tato část těla postižena již před úrazem?	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" type="checkbox"/> Ne
Utrpěl(a) jste v minulosti podobný úraz? Pokud ano, popište.	<input type="checkbox"/> Ano <input checked="" 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.

DOPLŇUJÍCÍ POZNÁMKY

V PŘÍPADĚ POTŘEBY VYPLNĚ LÉKARŮ
(PLACENA SLUŽBA)

ZDE DÁVAJTE POTVRZENÍ TJ SLAVIA

Č. smloany xxxxxx xxxxxx xxxxxx

TJ SLAVIA Hradec Králové, z.s.
tř. Vlna Nejedlého 1216
500 03 Hradec Králové
DIČ: CZ00484326

POKRYTO

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukážte:

ZDE VOLÍTE POUKÁZKU NA ÚČET NEBO SLOŽENKOU

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.

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:

← pět počet příloh (např. 2 (lékařské zprávy))

V Hradec Králové	dne 31.1.2014	Podpis pojištěného nebo žadatele Koršková Jana
---------------------	------------------	---

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Pojišťovna VZP, a.s., odbor likvidace pojistných událostí, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.

nebo osobně zanecháte u VZP Str. Králové

Doporučení: oběte si tuto vyplněnou a potvrzenou žádost včetně příloh. Pro případ reklamace.