

INFORMACE O POJIŠTĚNÉM (zraněná osoba)

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 (v případě nezletilé osoby uveďte zákonného zástupce)

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:		☐ Ano ☐ Ne
Došlo ke škodní události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?		
		☐ Ano ☐ Ne
Byla škodní událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu.		
		☐ Ano ☐ Ne
Vznikla škoda cizím zaviněním?		
Pokud ano, uveďte podrobnější informace.		☐ Ano ☐ Ne
Vznikla škoda při dopravní nehodě?		
Pokud ano, uveďte číslo jednací:		☐ Ano ☐ 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.	
U končetin a párových orgánů označte stranu:	☐ Pravá ☐ Levá
Dominantní horní končetina je:	☐ Pravá ☐ Levá
Byla tato část těla postižena již před úrazem?	☐ Ano ☐ Ne
Utrpěl(a) jste v minulosti podobný úraz?	☐ Ano ☐ Ne
Pokud ano, popište.	
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

POTVRZENÍ KLUBU/ SPOLKU	
Byl v době škodní události pojištěný profesionálním sportovcem? ☐ Ano ☐ Ne	
(Pojištění nejsou profesionální sportovci, kteří pojištěnou činnost vykonávají na základě smlouvy o spolupráci či jiné obdobné smlouvy. Z obsahu takto uzavřené smlouvy (nikoli z jejího názvu) je zřejmé, že sportovec výkonem sportovní činnosti získává finanční prostředky od sportovního klubu nebo jiného subjektu.)	
Zde potvrdí odpovědný pracovník sportovního klubu, spolku apod., že ke škodní události došlo při pojištěné činnosti:	
.	
Název klubu / spolku:	
Jméno a příjmení odpovědného pracovníka:	Razítko klubu / spolku

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 léčení pojištěného pro potřeby šetření škodní 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 škodní 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, Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1, případně na e-mail: oznameni.udalosti@pvzp.cz.