POJIŠŤOVNA VZP, a.s.

Oznámení škodné události

Otisk razítka, datum a podpis příjemce oznámení

z úrazového pojištění

INFORMACE O POJIŠTĚNÉM — **ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:** 1 3 1 0 0 0 0 0 1 0

Datum platnosti pojištění od:		do:	
Příjmení: [redacted]		Jméno: [redacted]	
Titul:	Datum narození: [redacted]	Rodné číslo: [redacted] / [redacted]	
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu): [redacted]		PSČ: [redacted]	
Telefon: [redacted]		E-mail: [redacted]	
Název a kód zdravotní pojišťovny v ČR: OZP – 207			

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

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

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

Datum škodné události: 18. 12. 2013	Místo: ZLÍN	Stát: ČR
Uveďte činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo: PŘI HOKEJOVÉM ZÁPASE JSEM SE SRAZIL SE SOUPEŘEM A TEN MI PŘI PÁDU BRUSLÍ PORANIL KRK		
Vznikla škoda při provozování sportu? Pokud ano uveďte, o jaký sport se jednalo: HOKEJ	☒ Ano	☐ Ne
Došlo ke škodné události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek?	☐ Ano	☒ Ne
Byla škodná událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu.	☐ Ano	☒ Ne
Vznikla škoda cizím zaviněním? Pokud ano, uveďte podrobnější informace. PROTIHRÁČ MĚ PORANIL NA KRKU BRUSLÍ NEÚMYSLNĚ PŘI PÁDU	☒ Ano	☐ Ne
Vznikla škoda při dopravní nehodě? Pokud ano, uveďte číslo jednací:	☐ Ano	☒ Ne

Vyplňte pouze v případě, že úrazové pojištění bylo sjednáno v rámci cestovního pojištění.

Jste současně pojištěn na stejné riziko jinou pojistnou smlouvou (např. z platební karty)? Pokud ano, uveďte jaké:	☐ Ano	☐ Ne
Oznámil jste škodnou událost asistenční službě?	☐ Ano	☐ Ne

ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ

Název a adresa zdravotnického zařízení ve kterém Vám bylo poskytnuto první ošetření, případně další léčba: (1) KNTB A.S. ZLÍN + (2) MUDR. ZUZANA MALÍNKOVÁ	od: 18.12.13	do: ~~18~~ 2.1.14

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: KRAJSKÁ NEMOCNICE T. BATI, HAVLÍČKOVO NÁBŘ. 600, ZLÍN 76001	od: 18.12.13	do: 18.12.13
Jméno lékaře: MUDR. MILAN JURICA	Odbornost:	

Název a adresa zdravotnického zařízení: MALMEDICA s.r.o. – MUDR. ZUZANA MALÍNKOVÁ, SADOVÁ 2526, 76001 ZLÍN	od: 18.12.13	do: 2.1.14
Jméno lékaře:	Odbornost: PRIVÁTNÍ PRAKTICKÝ LÉKAŘ	

Kdo a kde zjistil trvalé následky

Název a adresa zdravotnického zařízení:	datum:	
Jméno lékaře:	Odbornost:	

U políček s možností volby zakřížkujte hodící se variantu.

Jaké zranění jste následkem úrazu utrpěl(a)? 2 TRŽNÉ RANY		
Která část těla byla poraněna? KRK		
Jak se trvalé následky úrazu projevují? JIZVA		
Měl(a) jste viditelné známky zranění (rány, pohmožděniny apod.)? Pokud ano, popište. 2 TRŽNÉ KRVÁCEJÍCÍ RÁNY	☒ Ano	☐ Ne
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? Pokud ano, popište.	☐ Ano	☒ 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

KVV ČSLH ZLÍNSKÉHO KRAJE
ZLÍNSKÁ AMATÉRSKÁ HOKEJOVÁ LIGA (ZAMHL)
K ÚRAZU DOŠLO PŘI ZÁPASU ZAMHL (VIZ ZÁPIS O UTKÁNÍ)

ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukažte:

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

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem k hlášenému úrazu vyplnil/a pouze toto oznámení škodné události a že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.
Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčení 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: 4

V	dne	Podpis pojištěného nebo žadatele
E ZLÍNĚ	14. 4. 2014	[redacted]

Vyplněný formulář zašlete na adresu: Pojišťovna VZP, a.s., odbor likvidace pojistných událostí, Jankovcova 1566/2b, 170 00 Praha 7.