

VICTORIA VOLKSBANKEN pojišťovna, a. s.
120 00 Praha 2, Francouzská 28

Telefon +420 221 585 111
Telefax +420 221 585 555
Internet www.victoria.cz

Bankovní spojení:
Volksbank CZ, a.s. 4010032987/6800

OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI Z ÚRAZOVÉHO POJIŠTĚNÍ

Vážená paní, vážený pane,

snažíme se každý škodní případ co nejrychleji zpracovat. Podrobnými informacemi o pojistné události nám můžete být nápomocni. Dotazník vyplňte pečlivě a úplně, zamezíte tím případným doplňujícím dotazům, které mohou zpracování zdržovat.

S přátelským pozdravem

VICTORIA VOLKSBANKEN pojišťovna, a.s.



DŮLEŽITÉ POKYNY K VYPLNĚNÍ DOTAZNÍKU:

Vyplňte pečlivě celý dotazník, zvláštní pozornost věnujte adresám lékařů a lékařských zařízení. **TENTO DOTAZNÍK NEVYPLŇUJE ANI NEPOTVRZUJE LÉKAŘ!** Je-li to možné, připojte druhý dotazník "Zpráva lékaře". Na honoráři lékaře za jeho vyhotovení se Vám budeme podílet.

ČÍSLA VŠECH VAŠICH POJISTNÝCH SMLUV:

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉ OSOBĚ

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:
Telefon:	Email:
Trvalé bydliště:	
Přechodné bydliště:	
Název a kód zdravotní pojišťovny:	
Povolání, respektive stávající činnost:	

ÚDAJE O POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datum úrazu:	čas úrazu:	místo úrazu:
Přesný a úplný popis průběhu úrazu (pokud nestačí místo, přiložte prosím zvláštní list papíru):		
Která část těla byla poraněna:		
Byla tato část těla postižena již před úrazem? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		
Šetřila pojistnou událost policie <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE pokud ano, přiložte policejní zprávu		
Byla zraněná osoba v okamžiku úrazu pod vlivem alkoholu, léků nebo omamných látek? <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE		

ÚDAJE O POJISTNÉ UDÁLOSTI

Došlo k úrazu při výkonu povolání? ANO NE

Byl jste v době úrazu registrovaným sportovcem? ANO NE druh sportu: _____

V jaké organizaci?:

ÚDAJE V PŘÍPADĚ DOPRAVNÍ NEHODY

SPZ vozidla:

Adresa policejní služebny, která nehodu vyšetřovala:

Byla zraněné osobě provedena krevní zkouška? ANO - výsledek ‰ NE

Zraněná osoba byla řidič spolujezdec a v době nehody byla nebyla připoutána.

ÚDAJE O LÉKAŘSKÉM OŠETŘENÍ

Kdy byla poprvé poskytnuta lékařská pomoc? datum: _____ čas: _____

Jméno a adresa lékaře:

Byla nutná hospitalizace v nemocnici? ANO - od _____ do _____ NE

Název a **přesná** adresa nemocnice:

Je lékařské ošetření ukončeno? ANO - od: _____ NE - výhledově od: _____

Je zraněná osoba opět praceschopná? ANO - od: _____ NE - výhledově od: _____

Jméno a **přesná** adresa současného ošetřujícího lékaře:

Jméno a **přesná** adresa praktického lékaře:

ZPŮSOB VYPLACENÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

převodem na účet:

peněžní poukázkou na adresu:

ÚDAJE O JINÝCH POJIŠTĚNÍCH

Má pojištěná osoba uzavřeno úrazové pojištění ještě u jiných společností? ANO NE

Názvy pojišťoven:

Obdržela zraněná osoba již v minulosti odškodnění za úrazy? ANO NE

Kdy? _____ Od jakých pojišťoven? _____

PROHLÁŠENÍ A PODPIS

Předchozí údaje jsou úplné a pravdivé. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a neúplné údaje budou mít za následek ztrátu pojistné ochrany a to i v případě, že jejich prostřednictvím nebyla pojišťovna poškozena.
Upozornění: Pokud jste oznámení o pojistné události osobně nevyplňovali, ověřte před jeho podepsáním správnost všech údajů.

Je mi známo, že pojišťovna přezkoumá za účelem posouzení své povinnosti poskytnout pojistné plnění údaje, které zde uvádím k odůvodnění svých nároků nebo které vyplývají z předložených dokladů (např. potvrzení, osvědčení) nebo ze sdělení příslušné nemocnice nebo zaměstnanců jiných zdravotních zařízení. Za tímto účelem zprošťuji všechny výše jmenované příslušníky lékařského personálu, kteří se podíleli na mém ošetřování, povinnosti mlčenlivosti i v případě mé smrti. Zproštění povinnosti mlčenlivosti platí rovněž pro pojišťovny zprostředkující úrazové, nemocenské nebo životní pojištění dotyčného, s výjimkou sociálního zabezpečení.

datum

podpis pojištěné osoby (u nezletilých zákonný zástupce)