

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 POJIŠTĚNÍ LÉČEBNÝCH VÝLOH V ČR - "WELCOME"

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.

ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY:		
ÚDAJE O POJIŠTĚNÉ OSOBĚ		
Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	
Telefon:	Email:	
Trvalé bydliště:		
Přechodné bydliště:		
Povolání, resp. stávající činnost:		
Státní příslušnost:		
ÚDAJE O POJISTNÉ UDÁLOSTI		
Datum úrazu / onemocnění:	čas:	místo:
Kdy se začaly projevovat první příznaky onemocnění?		
Druh zranění / onemocnění (diagnóza):		
Přesný popis průběhu úrazu / onemocnění (pokud nestačí místo, pokračujte na druhé straně v poznámkách):		
Byl/a jste s tímto druhem úrazu / onemocnění ošetřován/a již dříve? <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 LÉKAŘSKÉM OŠETŘENÍ

Kdy byla poprvé poskytnuta lékařská pomoc?

datum: _____

čas: _____

Jméno a adresa lékaře:

Je lékařské ošetření ukončeno? ANO NE

Jméno a adresa současného ošetřujícího lékaře:

UVEĎTE ČÁSTKY, KTERÉ CHCETE PROPLATIT A PŘILOŽTE ORIGINÁLY ÚČTŮ

Částka uhrazená pojištěnou osobou (lékařské ošetření, léky, převoz,..):

Částka, která uhrazena nebyla:

ZPŮSOB VYPLACENÍ POJISTNÉHO PLNĚNÍ

převodem na účet:

peněžní poukázkou na adresu:

POZNÁMKY

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 a veškeré instituce, které zajistily převoz do ČR, případně pohřeb v místě úmrtí v zahraničí. Rovněž prohlašuji, že nejsem v příbuzenském vztahu s ošetřujícím lékařem, a že k pojistné události nedošlo v důsledku sebevraždy či pokusu o ní.

datum

podpis pojištěné osoby (u nezletilých zákonný zástupce)