

Číslo pojistné smlouvy:	<input type="text"/>
Jméno a příjmení pojištěné osoby:	<input type="text"/>
Rodné číslo:	<input type="text"/>
Jméno a příjmení zákonného zástupce / pojistníka	<input type="text"/>
Adresa – ulice, číslo popisné, obec, PSČ:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
e-mail:	<input type="text"/>
Datum vzniku pojistné události:	<input type="text"/>
Stručný popis pojistné události (jak k úrazu došlo, diagnóza, ...):	<input type="text"/>
Jméno ošetřujícího lékaře:	<input type="text"/>
Adresa zdravotnického zařízení, ve kterém je vedena zdravotní dokumentace o Vašem úrazu:	<input type="text"/>

### Druh pojistné události

- Trvalé následky úrazu\*
- Jednorázové plnění za vyjmenované úrazy (úplné zlomeniny, popáleniny II. a III. stupně, jizvy plošné jizvy od 5 cm<sup>2</sup> a podélné jizvy v obličeji od 2 cm, chirurgický zákrok v důsledku úrazu (šití rány), otřes mozku, ztráta trvalého zubu)
- Náklady spojené s úrazem v celkové výši
- Hospitalizace v důsledku úrazu
- Pobyt v lázeňských či rehabilitačních zařízeních v důsledku úrazu
- Náklady na konzultace s odborníkem v přímé souvislosti s úrazem
- Náklady na zubní implantát / plastickou chirurgii v přímé souvislosti s úrazem

\* Trvalé následky úrazu se posuzují po uplynutí 1 roku ode dne úrazu.

K oznámení pojistné události přiložte prosím lékařskou zprávu, v případě zvláštní péče originály účtů, resp. dokladů prokazujících skutečnou výši vynaložených nákladů.

### Způsob úhrady

Pojistné plnění si přeji poukázat na účet číslo:

kód banky:

Zaslat poštovní poukázkou do vlastních rukou na adresu:

**Prohlašuji, že všechny uvedené údaje jsou pravdivé a úplné a nic nebylo zamlčeno.**

Souhlasím se zpracováním údajů o mém zdravotním stavu/zdravotního stavu mého dítěte, které jsou považovány za zvláštní kategorie osobních údajů (citlivé údaje), a to pojistitelem pro účely šetření a likvidace hlášené pojistné události. Současně zprošťuji ošetřujícího lékaře povinnosti mlčenlivosti o mém zdravotním stavu/zdravotním stavu mého dítěte. Jsem si vědom/a, že svůj souhlas mohu kdykoli odvolat a že odvoláním mého souhlasu není dotčena zákonnost zpracování osobních údajů před odvoláním mého souhlasu. Dále jsem si vědom/a, že poskytnutí osobních údajů je dobrovolné, ale v případě, že souhlas nebo údaje o zdravotním stavu nebudou uděleny, pojistitel nebude schopen řádně prošetřit a zlikvidovat hlášenou pojistnou událost.

Další informace o zpracování osobních údajů naleznete na [www.vitalitas.cz](http://www.vitalitas.cz).

Dne:

Podpis:

Vyplněné oznámení pojistné události odešlete spolu s kopií pojistné smlouvy a s požadovanými doklady doporučeně na adresu pracoviště:  
**Vitalitas pojišťovna, a.s., Zelený pruh 95/97, 140 00 Praha 4.**