

Bylo –li sjednáno úrazové pojištění trvalých následků, vyplňte tuto stranu tiskopisu. V případě, že byla v důsledku úrazu provedena operace, doložte současně kopii operačního protokolu (propouštěcí zprávy z hospitalizace).

Číslo pojistné smlouvy:	<input type="text"/>
Jméno a příjmení pojištěné osoby:	<input type="text"/>
Rodné číslo:	<input type="text"/>
Adresa – ulice, číslo popisné, obec, PSČ:	<input type="text"/>
Telefon:	<input type="text"/>
e-mail:	<input type="text"/>

## Údaje o úrazu

Datum úrazu:	<input type="text"/>	Země, ve které k pojistné události došlo:	<input type="text"/>
Stručný popis pojistné události, diagnóza:			
<input type="text"/>			
Popište vaše současné subjektivní potíže:			
<input type="text"/>			
Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?	Jste?		
<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne	<input type="checkbox"/> pravák	<input type="checkbox"/> levák
Došlo k úrazu při organizované sportovní činnosti? pokud ANO, při jaké?			
<input type="text"/>			
Jaké sporty jste provozoval do doby úrazu a v jakých soutěžích:	Jste registrován u nějaké sportovní organizace? U jaké:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Zdravotnické zařízení, které poskytlo první ošetření:	Kdy:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Kde jste se dále léčil:	Jméno a adresa vašeho Praktického lékaře:		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		

## Způsob úhrady

Pojistné plnění si přeji poukázat na účet číslo:	<input type="text"/>	kód banky:	<input type="text"/>
Zaslat poštovní poukázkou do vlastních rukou na adresu:	<input type="text"/>		

**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 ošetřující 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.**