Vitalitas pojišťovna, a. s.
Zelený pruh 95/97, 140 00 Praha 4
www.vitalitas.cz

HLÁŠENÍ TRVALÝCH NÁSLEDKŮ ÚRAZU

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:

Jméno a příjmení pojištěné osoby:

Rodné číslo:

Adresa – ulice, číslo popisné, obec, PSČ:

Telefon: **e-mail:**

Údaje o úrazu

Datum úrazu: **Země, ve které k pojistné události došlo:**

Stručný popis pojistné události, diagnóza:

Popište vaše současné subjektivní potíže:

Byla poraněná část těla již před úrazem postižena?

❑ **ano** ❑ **ne**

Jste?

❑ **pravák** ❑ **levák**

Došlo k úrazu při organizované sportovní činnosti? pokud ANO, při jaké?

Jaké sporty jste provozoval do doby úrazu a v jakých soutěžích:

Jste registrován u nějaké sportovní organizace? U jaké:

Zdravotnické zařízení, které poskytlo první ošetření:

Kdy:

Kde jste se dále léčil:

Jméno a adresa vašeho Praktického lékaře:

Způsob úhrady

Pojistné plnění si přeji poukázat na účet číslo: **kód banky:**

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.

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.