

Úrazové pojištění členů platné od 1. 2. 2019 u Pojišťovny VZP, a.s.



Pojištěnými osobami jsou všechny subjekty sdružené v České unii sportu a to po dobu veškerých akcí a aktivit pořádaných nebo organizovaných těmito subjekty, včetně organizovaných cest na tyto akce (příkladem aktivit jsou sportovní utkání, tréninky, náborové a propagační akce). Pojištění je platné po celém světě.

Oznámení škodní události:

Vznik škodní události je nutné oznámit pojišťovně prostřednictvím:

- 1.) formuláře [Oznámení škodní události z úrazového pojištění](#) v případě škodní události smrti v důsledku úrazu, trvalých následků úrazu s progresí, denního odškodného za dobu nezbytného léčení úrazu, nákladů na invalidní vozík a pohřebních výloh. Na druhé straně formuláře do „Doplňující poznámky“ je nutné uvést jméno a příjmení odpovědného pracovníka konkrétního sportovního svazu/klubu a potvrdit razítkem a podpisem skutečnost, že k pojistné události došlo u pojištěné osoby při pojištěné činnosti dle Čl. II. Pojistné smlouvy.

Formulář Oznámení škodní události z úrazového pojištění:



Oznámení škodní události - ČOV

z kolektivního úrazového pojištění ČOV

Oběť nazývá, datum a podoba příjmové oznámení

INFORMACE O POJIŠTĚNÉM		ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY: 1 3 1 0 0 0 1 7 7 0	
Datum platnosti pojištění od:		do:	
Příjmení:		Jméno:	
Titul:	Datum narození:	Rodné číslo: /	
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):			
		PSČ:	
Telefon:		E-mail:	
Název a kód zdravotní pojišťovny v ČR:			
INFORMACE O ŽADATELI (vypíšte v případě, že pojištěný není shodný s žadatelem)			
Příjmení:		Jméno:	
Rodné číslo: /		Titul:	
Vztah k pojištěnému:			
Adresa trvalého bydliště v ČR (pokud na této adrese nebydlíte, uveďte prosíme korespondenční adresu):			
		PSČ:	
Telefon:		E-mail:	
ÚDAJE O ŠKODNÍ UDÁLOSTI (nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je ve zvláštní příloze)			
Datum škodní události		Místo:	
		Stát:	
Uveďte činnost a okolnosti, za kterých k úrazu došlo:			
Vznikla škoda při provozování sportu? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Pokud ano uveďte, o jaký sport se jednalo:			
Došlo ke škodní události pod vlivem alkoholu nebo jiných návykových látek? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Byla škodní událost šetřena policií? Pokud ano, přiložte policejní zprávu. <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Vznikla škoda cizím zavřením? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Pokud ano, uveďte podrobnější informace:			
Vznikla škoda při dopravní nehodě? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Pokud ano, uveďte číslo jízdního: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
ÚRAZOVÉ POJIŠTĚNÍ			
Název a adresa zdravotnického zařízení ve kterém Vám bylo poskytnuto první ošetření, případně další léčba:		od:	do:
Uveďte, prosíme, informace o všech zdravotnických zařízeních v zahraničí i v České republice, kde jste byla (nebo stále jste) v souvislosti s úrazem ošetřena, léčena nebo hospitalizována.			
Název a adresa zdravotnického zařízení:		od:	do:
Jméno lékaře:		Odbornost:	
Název a adresa zdravotnického zařízení:		od:	do:
Jméno lékaře:		Odbornost:	
Kdo a kde zjistil trvalé následky			
Název a adresa zdravotnického zařízení:		datum:	
Jméno lékaře:		Odbornost:	
Jaké zranění jste následkem úrazu utrpěl(a)?			
Která část těla byla poraněna?			
Jak se trvalé následky úrazu projevují?			
Má(a) jste viditelné známky zranění (rány, poltmožděninny apod.)? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Pokud ano, popište:			
U končetin a párových orgánů označte stranu: <input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá			
Dominantní horní končetina je: <input type="checkbox"/> Pravá <input type="checkbox"/> Levá			
Byla tato část těla postižena již před úrazem? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Utrpěl(a) jste v minulosti podobný úraz? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Pokud ano, popište:			
Poruchy zdraví před úrazem a jejich souvislost s úrazovým poškozením:			
V případě úrazu s následkem smrti, prosíme, přiložte ověřenou kopii úmrtního listu a kopii lékařské zprávy o příčině smrti.			
U polítek smrtelné volby zakřikuje hodit se vstředu.			

UR_oš_u_čov_2018

K formuláři je nutno připojit doklady:

- kopii zdravotní dokumentace pojištěného týkající se úrazu
- v případě trvalých následků kopii dokumentace o průběhu léčení a rehabilitace a kopii lékařské zprávy po ustálení trvalých následků
- v případě úmrtí ověřenou kopii úmrtního listu a kopii lékařské zprávy o příčině smrti
- kopii policejního protokolu v případě vyšetřování policií

2.) formuláře **Oznámení škodní události z pojištění pro případ pracovní neschopnosti** v případě denního odškodného po dobu pracovní neschopnosti z důvodu úrazu. Na druhou stranu formuláře pod „Požadovaná dokumentace“ je nutné uvést jméno a příjmení odpovědného pracovníka konkrétního sportovního svazu/klubu a potvrdit razítkem a podpisem skutečnost, že k pojistné události došlo u pojištěné osoby při pojištěné činnosti dle Čl. II. Pojistné smlouvy.

Formulář Oznámení škodní události z pojištění pro případ pracovní neschopnosti:

Oznámení škodní události - ČOV
z pojištění pro případ pracovní neschopnosti

Číslo pojistné smlouvy: 1 3 1 0 0 0 1 7 7 0

Ověřte razítkem, datum oživení a podpisem

Vyplní pojištěný (zákonný zástupce/ opatrovník):

Jméno: _____ Příjmení: _____ Titul: _____
Datum narození: _____ Rodinné číslo: _____ Rod. stav: _____
Telefon: _____ e-mail: _____
Korespondenční adresa: _____ Číslo pojištění: _____
PSC: _____ Obec (dodávací pošta): _____

Jste pojištěn u jiné pojišťovny pro ušlý výdělek za dobu pracovní neschopnosti? ANO NE
U které, na jakou denní náhradu a čísla pojistek: _____

K datu zahájení pracovní neschopnosti
 jsem osoba se zdanitelnými příjmy a pracuji převážně manuálně duševně
 OSVC, předmět činnosti: _____
Jste nemocensky pojištěn ve státním sociálním systému? ANO NE
 zaměstnanec v profesi: _____
Adresa zaměstnavatele / telefon: _____
Došlo k datu přiznání PN k právním úkonům směřujícím k ukončení pracovního poměru? ANO NE
 jsem osoba bez zdanitelného příjmu (na mateřské resp. rodičovské dovolené, studující, nezaměstnaný, důchodce, v domácnosti apod.)
specifikujte: _____

Jste registrován pro daň z příjmu fyzických osob? ANO NE
Jste spolupracující osoba ve smyslu zákona o dani z příjmu? ANO NE
Típká/a jste již dříve zdravotními problémy, které byly příčinou Vaší pracovní neschopnosti? ANO NE
Diagnóza, popis onemocnění či úrazu: _____
Jste úrazově pojištěn i u jiných komerčních pojišťoven? ANO NE
U kterých? _____

Obdržel jste nebo obdržíte daň náhradu mzdy za dobu trvání pracovní neschopnosti z důvodu nemoci či úrazu (nemoc z povolání, pracovní úraz a podobně)? ANO NE Od koho, v jaké výši a za jaké období: _____

Pobíráte invalidní důchod pro invaliditu I., II. nebo III. stupně? ANO NE ode dne: _____
Požádali jste SZS nebo je vedeno řízení za účelem přiznání inv. důchodu? ANO NE

Následující odstavec vyplňte pouze v případě pracovní neschopnosti přiznané výlučně z důvodu úrazu:
K úrazu došlo (den hodina): _____ Místo: _____
Která část těla byla poškozena? _____
Byla tato část těla poškozena již před tímto úrazem? ANO NE Jste levák? ANO NE
Popište, proč a souvisle a podrobně jak k úrazu došlo: _____

Jména a adresy případných svědků:
Vyšetřovala úraz Policie České republiky? ANO NE
Uveďte přesnou adresu úvaru Policie, jméno policisty a telefon: _____
Jste registrovaný sportovec? ANO NE
Uveďte ve kterém sportu a v jaké současti: _____

Plnění poukážte na účet číslo: _____
 poukázkou na jméno pojištěného a výše uvedenou adresu
_____ praktický lékař, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace pojištěného

Jméno: _____ Příjmení: _____ Telefon: _____
Adresa - ulice, číslo popisné, PSC a obec (dodávací pošta): _____

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/ zpravidla a úplně, že jsem k hlášené škodní události podal/a pouze toto oznámení. Jsem si vědom/a důsledků nesprávných odpovědí na povinnosti pojistné smlouvy. Souhlasím, aby si pojišťovna vyžádala veškerou potřebnou zdravotní dokumentaci o mým/ našem zdravotním stavu. Svým podpisem zprošťuji lékaře a zaměstnavatele zdravotnických zařízení a úřadů (zdravotních pojišťoven, finančních úřadů, úřadů sociálního zabezpečení atd.) povinnosti měření a zmožuju je poskytnout potřebných informací pojišťovně k ukončení likvidace pojistné události.

V _____ dne _____
Podpis pojištěného (zákonného zástupce/ opatrovníka)

PN_OŠU_ČOV_2018

K formuláři je nutno připojit doklady:

- zdravotní dokumentaci pojištěného týkající se pracovní neschopnosti
- doklad o pracovní neschopnosti
- kopii policejního protokolu v případě vyšetřování policií
- kopii propouštěcí zprávy v případě hospitalizace

Případné další potřebné doklady jsou uvedeny v [pojistných podmínkách včetně oceňovacích tabulek](#).

Pojišťovna posoudí úplnost předložených dokladů o nahlášení škodní události, případně si vyžádá další dokumenty relevantní k šetření.

Hlášení škodních událostí zasílejte emailem s naskenovanými dokumenty na adresu:
oznameni.udalosti@pvzp.cz

nebo doporučenou poštou na adresu:

Pojišťovna VZP, a.s.

Odbor likvidace pojistných událostí
Ke Štvanici 656/3

186 00 Praha 8 - Karlín

Kontaktní osoba pro hlášení škodních událostí:

Martina Hovorková

Telefon: +420 233 006 311

Vaše případné dotazy k pojištění a k hlášení škodních událostí:

Klientská linka Pojišťovny VZP, a.s.

Tel.: + 420 233 006 311

E-mail: info@pvzp.cz

(v pracovní dny od 9:00 do 17:00 hodin, v pátek od 9:00 do 16:00 hodin)

Vedoucí klientské linky: Mgr. Petra Nedellecová