HASIČSKÁ VZÁJEMNÁ POJIŠŤOVNA, a.s., odbor likvidace,
Římská 2135/45, 120 00 Praha 2, IČ: 46973451, tel.: 222 119 125, e-mail: skody@hvp.cz
zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl B, vložka 2742

do HVP a.s. doručeno dne, hodina, podpis	*číslo škody*	*archivní číslo*

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI - ZDRAVOTNÍ POJIŠTĚNÍ CIZINCŮ

Pokud chcete uplatnit právo na plnění z pojistné smlouvy, vyplňte tento dotazník a odešlete pojišťovně. V případě nedostatku místa připojte další list.

Pojistná smlouva číslo: ..... (Bez uvedení čísla pojistné smlouvy nelze vyřídit.)

Platnost smlouvy od: ..... do: .....

POJIŠTĚNÝ:

Jméno: ..... Příjmení: .....

Adresa: ..... PSČ: .....

Datum narození: ..... Pohlaví: ..... Číslo pasu: .....

Telefon: ..... E-mail: .....

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE / OPATROVNÍK:

Jméno: ..... Příjmení: .....

Adresa: ..... PSČ: .....

Datum narození: ..... Pohlaví: ..... Číslo pasu: .....

Telefon: ..... E-mail: .....

POJISTNÁ UDÁLOST:

Datum pojistné události (den, měsíc, rok): ..... hod.: .....

Místo pojistné události (včetně země): .....

Popis, jak k pojistné události došlo, druh poranění / jak se projevilo onemocnění:

.....

.....

.....

Diagnóza: .....

Léčil jste se již s uvedeným onemocněním ANO ☐ NE ☐

Název a adresa zdravotnického zařízení, kde došlo k ošetření:

.....

K uvedené pojistné události zasílám tyto doklady:

Lékařská zpráva: ANO ☐ NE ☐ Doklad o úhradě: ANO ☐ NE ☐

Předpis na léky: ANO ☐ NE ☐ Doklad o úhradě: ANO ☐ NE ☐

Kontaktoval jste asistenční službu: ANO ☐ NE ☐

POJISTNÉ PLNĚNÍ:

zašlete na účet: ..... VS/SS: .....

adresu v ČR: .....

Pojištěný uděluje pojistiteli souhlas, aby pojistitel požadoval a získával údaje o jeho zdravotním stavu a zjišťoval a přezkoumával zdravotní stav nebo příčiny smrti, a to jsou-li pro to důvody související se šetřením pojistné události. Uvedené údaje může pojistitel zjišťovat zejména od jakékoliv osoby, poskytovatele zdravotních služeb nebo zdravotní pojišťovny, a to i po smrti pojištěného. Uvedené zjišťování může pojistitel provádět i na základě zpráv a zdravotnické dokumentace vyžádaných osobou provozující zdravotnické zařízení, kterou pojistitel pověřil, od ošetřujících lékařů, a v případě potřeby i prohlídkou nebo vyšetřením provedeným zdravotnickým zařízením.

Pojištěný zprošťuje mlčenlivosti jakéhokoliv poskytovatele zdravotních služeb, a to ve vztahu k pojistiteli. Poskytovatel zdravotních služeb je oprávněn poskytovat pojistiteli údaje a předávat mu dokumenty v rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn tyto údaje či dokumenty požadovat dle předchozího odstavce. Poskytovatel zdravotních služeb je oprávněn poskytovat pojistiteli i takové informace, které se pacientovi nesdělují (např. informace, které se nesdělují pacientovi, který v důsledku svého zdravotního stavu není schopen poskytované informace vůbec vnímat).

V: ..... dne: ..... Podpis: .....