

## Hlášení škodné události Úraz

**FORMULÁŘ POUŽIJTE I PRO HLÁŠENÍ ŠKOD:  
STOMATOLOGICKÉ OŠETŘENÍ, HOSPITALIZACE, NÁHRADA KLUBOVÝCH ČLENSKÝCH PŘÍSPĚVKŮ**

### Osobní údaje

Jméno a příjmení:

Číslo pojistky GolfPlan:

Povolání:

Kontaktní adresa:

Telefonní číslo / e-mail:

### Událost

Adresa, kde došlo k události:

Datum a čas události:

### Podrobné informace o události, jak došlo ke zranění:

Škoda celkem / odhad nákladů:

Popište povahu zranění,  
které jste utrpěl:

Už jste někdy v minulosti toto  
nebo podobné zranění měl?

Pokud ano, napište podrobnosti:

Datum první návštěvy lékaře  
v souvislosti s touto událostí:

Jméno a adresa lékaře,  
kterého jste navštívil:

Jméno a adresa Vašeho  
běžného lékaře:

Jména a adresy všech svědků  
události:

**V případě hlášení STOMATOLOGICKÉHO OŠETŘENÍ:**

Doložte písemné potvrzení od kvalifikovaného zubního lékaře, že zranění je přímým důsledkem incidentu, který je popsán výše, spolu s originály účtenek/ faktur za ošetření.

**V případě hlášení HOSPITALIZACE:**

Datum přijetí do nemocnice  
(doložte kopii dokladu o přijetí do  
nemocnice)

Název a adresa nemocnice,  
kde jste byl hospitalizován:

Datum propuštění z nemocnice  
(doložte kopii dokladu o propuštění  
z nemocnice):

**V případě hlášení NÁHRADY ČLENSKÝCH KLUBOVÝCH PŘÍSPĚVKŮ:**

Název a adresa Vašeho golfového  
klubu, jehož jste členem:

Datum počátku a obnovy Vašeho  
členství v golfovému klubu  
**(prosím, doložte písemné  
potvrzení od golfového klubu)**

Vaše členské klubové číslo:

**Škodní událost nemůže být vyplacena, dokud nebude ukončena veškerá léčba týkající se újmy či zranění.**

**Je nezbytné, abyste vyplnění tohoto formuláře věnovali velkou pozornost a informace podali přesně,  
bez ohledu na to, zda jsou ve Váš prospěch.**

**Osoby, které uvedou podvodná tvrzení, mohou být trestně stíhány.**

Vyplnění a přijetí tohoto formuláře neznamená přijmutí odpovědnosti pojistitelů.

Prohlašuji, že výše uvedená tvrzení a fakta jsou podle mého nejlepšího vědomí pravdivá,  
a že jsem nezatajil žádné informace související s těmito tvrzeními.

Podpis:

Datum:

**Vyplněný a podepsaný formulář zašlete na adresu:  
INSERVIS MVC s.r.o., Türkova 2319/5b, 149 00 Praha 4, fax: +420 241 482 028, e-mail: [mvc@inservis.com](mailto:mvc@inservis.com)**

## SOUHLAS K POSKYTNUTÍ LÉKAŘSKÝCH ZÁZNAMŮ

NAŠE REF. Č.:

JMÉNO A PŘÍJMENÍ: .....

DATUM NAROZENÍ: ..... DATUM ÚRAZU: .....

KONTAKTNÍ ADRESA: (včetně bývalé adresy, pokud se od události změnila)

KONTAKTNÍ TELEFONNÍ ČÍSLA: ..... DOMŮ .....

PRÁCE .....

NÁZEV A ADRESA NEMOCNICE (pokud možno uveďte i referenční číslo a jméno ošetřujícího lékaře):

PRAKTICKÝ LÉKAŘ, JMÉNO A ÚPLNÁ ADRESA:

ZUBNÍ LÉKAŘ, JMÉNO A ÚPLNÁ ADRESA:

---

Souhlasím s poskytnutím mých kompletních lékařských záznamů, rentgenových snímků a dalších vyšetření společnosti **INSERVIS MVC s.r.o.**, Türkova 2319/5b, 149 00 Praha 4, fax +420 241 482 028, e-mail: [mvc@inservis.com](mailto:mvc@inservis.com) a jakýmkoliv lékařským poradcům osloveným jejich jménem pro účely šetření škodné události.

Podpis: ..... Datum: .....

Vyplněný a podepsaný souhlas zašlete na adresu: **INSERVIS MVC s.r.o.**, Türkova 2319/5b, 149 00 Praha 4  
fax: +420 241 482 028, e-mail: [mvc@inservis.com](mailto:mvc@inservis.com)