Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Prezentační razítko

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI
z pojištění léčebných výloh v zahraničí

A. POJIŠTĚNÝ

Číslo pojistné události:

Rodné číslo/datum narození:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
Adresa - ulice (místo), č.p.:		Obec - dodací pošta:	PSČ:

Telefon:	Číslo pojistné smlouvy (pojistky):	Uzavřené dne:	Pobyt od ..... do:	Sazba:

Typ cesty: ☐ turistika ☐ pracovní ☐ sportovní činnost

Byla kontaktována asistenční společnost?[1]) ☐ Ano ☐ Ne

Datum:

Název nebo kód zdravotní pojišťovny pojištěného:

Datum a místo pojistné události:

Místo ošetření: | Stát:

V případě, že se jednalo o nehodu zaviněnou třetí osobou, uveďte její jméno a adresu:

Popište podrobně průběh a okolnosti pojistné události (o jaké onemocnění nebo úraz se jednalo, v případě smrti uveďte její příčinu):

.....

Jméno a adresa praktického nebo odborného lékaře (chirurg, internista, neurolog, apod.) v ČR:

Trpěl(a) jste již před začátkem pojištění onemocněním, pro které jste v zahraničí vyhledal(a) lékařské ošetření? Pokud ano, jak dlouho? ☐ Ano ☐ Ne

Požádal(a) jste o úhradu nákladů ve smyslu § 14 zákona č. 48/1997 Sb. , o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění svou zdravotní pojišťovnu? ☐ Ano ☐ Ne

Pokud ano, dejte vyplnit část C tohoto tiskopisu. Pokud ne, vyplňte část B tohoto tiskopisu.

Jste pojištěn(a) stejným typem pojištění u jiné pojišťovny?

Pokud ano, u které? Uveďte číslo pojistné smlouvy a její platnost od - do:

.....

Výše nákladů uhrazených v hotovosti

Za léčení:	Za léky a léčebné prostředky:	Jiné náklady:

Pojistné plnění poukažte na adresu nebo účet (uveďte pouze jednu z možností):

Peněžní ústav:	Číslo účtu:	Kód banky:	Specifický symbol:

Upozornění: Přiložte pojistnou smlouvu, asistenční kartu, originály (ověřené druhopisy) dokladů ks.

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě. Jsem si vědom(a) právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojišťovny plnit.
Osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu (dále jen "údaje") jsou zpracovávány jen v rozsahu a po dobu nezbytnou k zajištění práv a povinností z pojištění. Neposkytnutí relevantních údajů může způsobit nemožnost plnění z pojištění.

Údaje mohou být poskytnuty třetí osobě pouze v souladu se zákonem 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Subjekt údajů má právo na informaci o rozsahu zpracování jeho osobních údajů podle § 12 a právo na ochranu svých práv podle § 21 cit. zákona.

Datum:

V .....
Místo

.....
Podpis pojištěného (oprávněného)

[1]) Platnou variantu označte křížkem ☒

B. PLNÁ MOC

Já ..... **pojištěný,**
(Jméno a příjmení)

zmocňují tímto Kooperativu pojišťovnu, a.s., Vienna Insurance Group, IČ 47116617 se sídlem Praha 1, Templová 747, aby mne zastupovala při všech právních úkonech spojených s uplatňováním mého nároku vůči

.....
(název a sídlo zdravotní pojišťovny)

na úhradu částky, která mi náleží podle ustanovení § 14 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, v souvislosti s mým nutným a neodkladným léčením, jehož potřeba nastala během mého pobytu v zahraničí od ..... do ....., jakož i při přijetí této úhrady.

Datum:

V .....
Místo

.....
Podpis (u nezletilců zákonného zástupce)

C. POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Kód zdravotní pojišťovny:

Zdravotní pojišťovna (název, sídlo):

.....

potvrzuje, že ve smyslu ustanovení § 14 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, uhradila pojištěnému uvedenému na přední straně tohoto tiskopisu částku ve výši ..... Kč za léčebné výlohy v zahraničí na základě předložených účtů v částce ..... (uveďte částku v příslušné zahraniční měně).

Originály účtů (faktur) byly převzaty: ☐ Ano ☐ Ne

Seznam převzatých dokladů:

Datum:

V .....
Místo

.....
Razítko a podpis zdravotní pojišťovny

Vyplněný tiskopis zašlete na adresu:

Centrum zákaznické podpory - centrální podatelna
Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group
Brněnská 634
664 42 Modřice