

Prezentací razítka a podpis

Tarif, číslo pojistné smlouvy:

POJISTITEL

Česká pojišťovna a.s., Spálená 75/16, 113 04 Praha 1, Česká republika, IČ 45272956, zapsaná v Obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze oddíl B, vložka 1464

INFORMACE K LIKVIDACI

V případě zpětného nárokování je třeba doložit následující:

- originál uhrazeného účtu (případně originál uhrazené faktury s originálním dokladem o zaplacení)
- kopii lékařské zprávy

**Řádně vyplněný formulář společně s doklady odešlete, prosím, doporučeně poštou na adresu asistenční služby:
Europ Assistance s.r.o., Na Pankráci 1658/121, 140 00 Praha 4 Czech Republic**

Při nutnosti doložení dalších podkladů k likvidaci budete vyzváni příslušným oddělením asistenční služby

Dotazy k Vaší pojistné události směřujte na asistenční službu – telefon +420 221 586 675

OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉHO

 Příjmení a jméno
pojištěného

 Rodné
číslo

Telefon

E-mail

Adresa trvalého / jiného pobytu:

Pro souhlas s emailovou komunikací zaškrtněte

Ulice (místo)

PSČ

Obec (pošta)

Název a kód zdravotní pojišťovny

Máte ještě jiné pojištění léčebných výloh (např. z platební karty)

ANO

NE

Pokud ano, uveďte jaké

OKOLNOSTI VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

 Datum vzniku onemocnění
(úrazu)

 Místo / stát /
ošetření

 Datum
ošetření

Popište okolnosti, pro které jste vyhledal lékařské ošetření (o jaké onemocnění nebo úraz se jednalo), uveďte diagnózu (pokud ji znáte):

Šetřila pojistnou událost policie

ANO

NE

Pokud ano, přiložte policejní zprávu.

Termín pobytu od

2 0

Vznikla škoda na zdraví cizím zaviněním

ANO

NE

Autonehoda

ANO

NE

do

2 0

Oznámil jste pojistnou událost asistenční službě v ČR

ANO

NE

nebo v zahraničí

ANO

NE

HISTORIE ONEMOCNĚNÍ

Léčil jste se před začátkem pojištění na onemocnění, pro které jste v zahraničí vyhledal lékařské ošetření?

ANO

NE

Jméno a adresa (případně telefon) Vašeho praktického lékaře v ČR

Jméno a adresa (případně telefon) příslušného specialisty v ČR (internista, gynekolog, chirurg, stomatolog apod.)

NÁROKY Z POJIŠTĚNÍ

Uveďte částky, které chcete proplatit, a přiložte originály účtů a doklady o zaplacení.

Žádám proplatit
Pojištěnému
Lékaři, nemocnici, dopravci

Léky

Ambulantní ošetření

Hospitalizace

Doprava

Ostatní

Celkem

