

## OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI z pojištění léčebných výloh v zahraničí

### A. POJIŠTĚNÝ

Číslo pojistné události:

Rodné číslo:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Příjmení:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Jméno:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Titul:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Adresa - ulice (místo), č. p.:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _		Obec - dodací pošta:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
Telefon včetně předvolby:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Číslo pojistné smlouvy (pojistky):  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Uzavřené dne:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Číslo klienta (bylo-li již přiděleno):  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
		Sazba  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	

Účel cesty: <input type="checkbox"/> turistika <input type="checkbox"/> služební <input type="checkbox"/> sportovní činnost	Byla kontaktována asistenční společnost?') <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> 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?  Ano  Ne

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:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Za dopravu a přepravu dle čl. VII. odst. 5 smluvních ujednání:  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
--	---	--

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

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

Upozornění: Příložit pojistnou smlouvu, kartu pojištěného číslo.: , 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. Souhlasím s tím, aby si Kooperativa, pojišťovna, a.s. vyžádala o mém léčení a zdravotním stavu (o léčení a zdravotním stavu pojištěného) veškerou potřebnou dokumentaci a opravňují dotazované lékaře a zdravotnická zařízení ke sdělování informací

o mém zdravotním stavu (zdravotním stavu pojištěného) pojišťovně, a to i v případě úmrtí. Souhlasím s tím, aby Kooperativa, pojišťovna, a.s. získané údaje o mém léčení a zdravotním stavu (o léčení a zdravotním stavu pojištěného) zpracovávala po dobu potřebnou pro účely pojištění léčebných výloh v zahraničí.

Datum:

 V .....  
Místo

 .....  
Podpis pojištěného (oprávněného)

## B. PLNÁ MOC

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

zmocňuji tímto Kooperativu, pojišťovnu, a.s. 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 ..... (uved'te částku v příslušné zahraniční měně).

Originály účtů (faktur) byly převzaty:

Ano  Ne

Seznam převzatých dokladů:

Datum:

V .....  
Místo

.....  
Razítko a podpis zdravotní pojišťovny