



ČESKÁ
POJIŠŤOVNA

Oznámení pojistné události z pojištění léčebných výloh

Prezentační razítko 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

Společně s tímto řádně vyplněným formulářem doklady zašlete doporučenou poštou na adresu asistenční služby
ČP ASISTENCE s.r.o., Na Pankráci 1658/121, 140 21 Praha 4

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

Dotazy k Vaší pojistné události směřujte na asistenční službu (kontakt, telefon 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

1) v Kč

název účtu (tj. jméno majitele účtu)	
--------------------------------------	--

název peněžního ústavu	kód banky
------------------------	-----------

pouze částky vyšší než

100 EUR nebo 300 USD

	název účtu (tj. jméno majitele účtu)
--	--------------------------------------

název a sídlo peněžního ústavu	

Souhlasím dále s tím, aby mé osobní a citlivé údaje týkající se zdravotního stavu spravovala Česká poisťovna a.s. v souladu se z.č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 zákona řádně informován/a o zpracování svých osobních a citlivých údajů, svých právech a povinnostech zpracovatele.

Za jmení byla ve smyslu ustanovení § 11 zákona o ochraně informování o zpracování mých osobních a citlivých údajů, svých právech a povinnostech zpracovatele. Zmocňuje Českou poisťovnu a.s. k tomu, aby mým jménem uplatnila nároky vůči zdravotní poisťovně k této pojistné události ve smyslu ustanovení § 14 zákona č. 48/1997 Sb. a přijala poskytnuté plnění jako úhradu nákladů nutného a neodkladného léčení v cizině.

dne

Podpis pojištěného (oprávněného)

Podpis a razítko zaměstnance ČP