



## Oznámení pojistné události z léčebných výloh v zahraničí

|                                                                              |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                                    |
|------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <b>A. POJISTITEL</b>                                                         | Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika<br>IČ 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897              |                                                                                                  |                                                    |
| <b>B. POJIŠTĚNÝ</b>                                                          | Rodné číslo <sup>1)</sup>                                                                                                                                                                                   | Příjmení                                                                                         | Jméno                                              |
|                                                                              | Titul                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké <sup>2)</sup>                        |                                                    |
|                                                                              | Adresa trvalého pobytu/bydliště                                                                                                                                                                             | PSČ                                                                                              |                                                    |
|                                                                              | Obec – dodací pošta                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód <sup>3)</sup>                           |                                                    |
|                                                                              | E-mail                                                                                                                                                                                                      | Mobilní telefon                                                                                  | Telefon                                            |
| <b>C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A ŠKODNÉ UDÁLOSTI</b>                                | Korespondenční adresa <sup>3)</sup>                                                                                                                                                                         | PSČ                                                                                              |                                                    |
|                                                                              | Obec – dodací pošta                                                                                                                                                                                         |                                                                                                  |                                                    |
|                                                                              | Číslo pojistné smlouvy                                                                                                                                                                                      | Počátek pojištění                                                                                | Délka pobytu v zahraničí                           |
|                                                                              | Byla sjednána sportovní činnost? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne                                                                                                                   | Byla kontaktována asistenční společnost <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne | Datum, kdy byla kontaktována asistenční společnost |
|                                                                              | Název nebo kód zdravotní pojišťovny pojistného                                                                                                                                                              | Datum vzniku pojistné události                                                                   |                                                    |
| <b>D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ</b>                                              | 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? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne                                   |                                                                                                  |                                                    |
|                                                                              | Pokud ano, jak dlouho?                                                                                                                                                                                      |                                                                                                  |                                                    |
|                                                                              | Požádal(a) jste o úhradu nákladů ve smyslu § 14 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění svou zdravotní pojišťovnu? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne |                                                                                                  |                                                    |
|                                                                              | Pokud ano, dejte vyplnit část F tohoto tiskopisu. Pokud ne, vyplňte část E tohoto tiskopisu.                                                                                                                |                                                                                                  |                                                    |
|                                                                              | Jste pojištěn(a) stejným typem pojištění u jiné pojišťovny? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne                                                                                        |                                                                                                  |                                                    |
|                                                                              | Pokud ano, u které? Uveďte číslo pojistné smlouvy a její platnost od - do                                                                                                                                   |                                                                                                  |                                                    |
| <b>Výše nákladů uhrazených v hotovosti</b>                                   |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                                    |
| Za léčení                                                                    | Za léky a léčebné prostředky                                                                                                                                                                                | Jiné náklady                                                                                     |                                                    |
| <b>D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ</b>                                              | Pojistné plnění poukážete na (uveďte pouze jednu z možností)                                                                                                                                                |                                                                                                  |                                                    |
|                                                                              | <input type="checkbox"/> Číslo účtu                                                                                                                                                                         | Kód banky                                                                                        | Specifický symbol                                  |
| <input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B. |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                                    |
| Datum                                                                        |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                                    |
| 2 0 1                                                                        |                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                  |                                                    |
| Podpis pojištěného (oprávněné osoby)                                         |                                                                                                                                                                                                             | Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) způsobily k právním úkonům        |                                                    |

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 pojistitele plnit. Osobní údaje vč. údajů o zdravotním stavu (dále jen „údaje“) jsou zpracovány 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.

E. PLNÁ MOC

Já (Jméno a příjmení)

, pojištěný

zmocňuji tímto Kooperativu pojišťovnu, a.s., Vienna Insurance Group, IČ 47116617 se sídlem Praha 8, Pobřežní 665/21, 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 přijetí této náhrady.

Datum

201

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba) způsobilý k právním úkonům

F. 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).

Datum

201

Razítko a podpis zdravotní pojišťovny

