

## 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:		PSČ:
Telefon včetně předvolby:	Číslo pojistné smlouvy (pojistiky):	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 společností? <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: Přiložte 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 opravňuji 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