ČESKÁ POJIŠŤOVNA

Oznámení pojistné události z pojištění léčebných výloh

Verze 01

Prezentační razítko a podpis

Tarif, číslo pojistné smlouvy:

Vážená paní, vážený pane,
prosíme Vás o přesné vyplnění tohoto oznámení. Napomůžete tím k rychlému vyřízení své pojistné události.
Ke každé pojistné události vyplňte prosím pouze jedno oznámení.
Nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je zvlášť v příloze.
U políček s možností volby zakroužkujte hodící se variantu, nehodící se škrtněte.

Jméno pojištěného | Rodné číslo / | Telefon | e-mail | Trvalé bydliště | PSČ | Název a kód zdravotní pojišťovny

Máte ještě jiné pojištění léčebných výloh (např. z platební karty) ANO NE Pokud ano, uveďte jaké

Datum onemocnění (úrazu) | Místo ošetření | Stát

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.

Vznikla škoda na zdraví cizím zaviněním ANO NE Autonehoda ANO NE

Oznámil jste pojistnou událost asistenční službě v ČR ANO NE nebo v zahraničí ANO NE

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.)

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		

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

Zvolte způsob proplacení nákladů za léčení (léky), které jste uhradili v zahraničí:

1) v Kč

a) na účet předčíslí | | | | | | | hlavní číslo | | | | | | | | | | |

název účtu (tj. jméno majitele účtu)

u sporožira uveďte specifický symbol | | | | | | | | | | |

název peněžního ústavu | kód | | | |

b) peněžní poukázkou (jen v odůvodněných případech) – uveďte jméno a adresu

2) EUR nebo USD

pouze částky vyšší než 200 EUR nebo 200 USD.

a) na devizový účet číslo | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

název účtu (tj. jméno majitele účtu)

název a sídlo peněžního ústavu

b) šekem na adresu v zahraničí

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl pravdivě a úplně, že jsem k hlášené pojistné události vyplnil pouze toto oznámení a že jsem si vědom důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím s poskytnutím příslušných údajů z mé zdravotnické dokumentace reviznímu lékaři, tímto zbavuji dotázaného lékaře mlčenlivosti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení.

Souhlasím dále s tím, aby mé osobní a citlivé údaje týkající se zdravotního stavu spravovala Česká pojišťovna 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 mých osobních a citlivých údajů, svých právech a povinnostech zpracovatele.

Zmocňuji Českou pojišťovnu a.s. k tomu, aby mým jménem uplatnila nároky vůči zdravotní pojišťovně 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.

V dne | | | | | | | | |

Podpis pojištěného (oprávněného)

Podpis a razítko zaměstnance ČP