

Vyplněný formulář včetně příloh zašlete na adresu:

Kooperativa pojišťovna, a.s.,
Vienna Insurance Group
Centrum zákaznické podpory
centrální podatelna
Brněnská 634, 664 42 Modřice

Prezentační razítko



0 0 2

Oznámení pojistné události z léčebných výloh v zahraničí

A. POJISTITEL

Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika
IČ 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897

B. POJIŠTĚNÝ

Rodné číslo ¹⁾	Příjmení	Jméno	Titul	<input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké ²⁾
Adresa trvalého pobytu/bydliště Ulice (místo), číslo popisné/orientační		PSČ		
Obec – dodací pošta		<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ³⁾		
E-mail	Mobilní telefon	Telefon		
Korespondenční adresa ³⁾	Ulice (místo), číslo popisné/orientační	PSČ		
Obec – dodací pošta				

¹⁾ U cizinců se zapíše datum narození ve tvaru RRRMMDD/9999.
²⁾ Není-li vyplněno, platí stát ČR.
³⁾ Vyplňuje se, není-li totožná s adresou trvalého pobytu/sídla pojistníka.

C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A ŠKODNÉ UDÁLOSTI

Číslo pojistné smlouvy	Počátek pojištění	Délka pobytu v zahraničí od		do
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 pojištěného				Datum vzniku 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?				<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				
Výše nákladů uhrazených v hotovosti				
Za léčení	Za léky a léčebné prostředky		Jiné náklady	

D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ

Pojistné plnění poukáže 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.		

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.

Datum

2 0 1

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

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

