Notification of an Insurance Event - treatment by an out-patient doctor, hospitalization, repatriation, transportation

Oznámení škodní události - ambulantní ošetření, hospitalizace, repatriace, doprava

for contractual health insurance
ze zdravotního pojištění cizinců

Insured person no. from Insured card:
Číslo pojištěného z průkazu pojištěného: .....

Validity of insurance policy from ..... to .....
Platnost pojistné smlouvy od ..... do .....

Total number of the Enclosure: .....
Počet příloh celkem: .....

To be filled by the announcer in capital letters, please Vyplní oznamovatel hůlkovým písmem

Insured person (pojištěný)

First name and surname: .....
Jméno a příjmení: .....

Passport number: .....
Číslo průkazu totožnosti: .....

Date of birth: .....
Datum narození: .....

Address: .....
Adresa: .....

Postcode: .....
PSČ: .....

E-mail: .....

Tel.: .....

Legal representative/ guardian of insured person zákonný zástupce pojištěného/ opatrovník

First name and surname: .....

Date of birth: .....

Postcode: .....

Address: .....

E-mail: .....

Tel.: .....

Please, transfer my discharge to: Plnění poukažte:

☐ A) to my bank account in the Czech Republic :
na můj účet v ČR : ....
number BLZ bank code

.....
name of bank
název banky

☐ B) by postal order to the above name and address of the insured person
poštovní poukázkou na výše uvedené jméno a adresu pojištěného

☐ C) by postal order to the above name and address of the Legal representative of the insured person
poštovní poukázkou na výše uvedené jméno a adresu zákonného zástupce pojištěného

I hereby declare, that I have answered all questions truthfully and fully, that I have filled in this insurance event notification alone for this injury or sudden illness and that I am aware of the consequences of incorrect answers on the liability of the insurance company to provide benefits.

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl pravdivě a úplně, že jsem k hlášenému úrazu nebo náhlému onemocnění vyplnil pouze toto oznámení pojistné události a že jsem si vědom důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojišťovny plnit.

I agree that Pojišťovna VZP,a.s. may ask for any of the required health-care documentation on my treat ment and stateof health.

Souhlasím, aby si Pojišťovna VZP, a.s., vyžádala veškerou další potřebnou zdravotní dokumentaci o mém léčení a zdravotním stavu.

☐ Send me a notification in English
Vyrozumění mi zašlete v angličtině

In: .....
V: .....

Date: .....
Datum: .....

Signature: .....
Podpis: .....

Note: If there is not sufficient space for the required information, please continue on a separate sheet.Your insurance event can`t be settled without original documentation.

Poznámka: Nestačí-li místo pro požadované údaje, uveďte je na zvláštním listě. Bez originálních dokladů nemůže být Vaše škodná událost vyřízena.

For use by insurer only Vyplní zástupce pojistitele

Completeness of documents and validity of insurance policy verified for the insurer by:
Za pojistitele ověřil úplnost dokladů a platnost pojistné smlouvy a doklady přijal:

Otisk razítka

Tereza Zlámalová
.....
First name and surname of staff – capital letters
jméno a příjmení pracovníka – hůlkovým písmem

Date: .....
Datum: .....

Signature: .....
Podpis: .....

To be filled in by insured person (capital letters or typing please)
Vyplní pojištěný (hůlkovým písmem nebo strojem)

When and where did the injury or sudden illness take place?
Kdy a kde došlo k úrazu nebo náhlému onemocnění?

Date: datum: Place: místo: State: stát:

Please give a coherent and detailed account of the circumstances under which the injury or sudden illness took place:
Uveďte souvisle a podrobně, za jakých okolností došlo k úrazu nebo náhlému onemocnění:

.....

.....

Which part of the body was injured...where and how did the sudden illness become evident?
Která část těla byla poraněna … kde a jak se projevilo náhlé onemocnění:

.....

Diagnosis, if known:
Diagnóza, pokud je Vám známa: .....

Did you suffer from the illness for which you sought medical treatment before this insurance started?
Trpěl jste již před vznikem pojištění onemocněním, pro které jste vyhledal lékařské ošetření?

.....

Have you taken any medicine on this illness? Please specify.
Užíval jste na toto onemocnění léky, jaké?

Did you contact Assistance service?: yes - no
Kontaktoval jste poskytovatele asistenčních služeb pojistitele?: ano - ne

Name and address of the provider of health services, who provided first aid:
Jméno a adresa poskytovatele zdravotních služeb, který poskytl první pomoc:

Where did you have your medical treatment?
Kde jste se léčil?:

Name and address of doctor in attendance:
Jméno a adresa ošetřujícího lékaře v ČR,
který je nejlépe informován o Vašem zdravotním stavu:

Transport to a health service provider was realized by:
Dopravu k poskytovateli zdravotních služeb provedl:

Was the injury or sudden illness caused by a third party? By the (name,address): YES NO
Byl úraz nebo náhlé onemocnění zaviněno třetí osobou? Kým (jméno, příjmení, adresa): ANO NE

.....

Case was investigated by (name and address of organization):
Případ vyšetřoval (jméno a adresa): .....

.....

(please provide police report or report of other investigating authority)
(doložte také policejním protokolem či jinou zprávou vyšetřujícího orgánu)

I am proving the following documentary proof of the above mentioned insurance event (**original bill** for treatment, medicaments, transport etc, together with proof of payment):
Výše uvedenou pojistnou událost prokazuji těmito doklady (**lékařská zpráva a originální účet** za léčení, dopravu apod., spolu s doklady o zaplacení):

Total number of documents:
Počet dokladů celkem: .....

My claim from the insurance event in CZK is:
Z pojistné události uplatňuji náhradu v [Kč]: .....

The medical institution claims compensation for the insurance event totalling:
Z pojistné události uplatňuje zdravotnické zařízení úhradu v celkové částce: .....