



Notification of an Insurance Event - treatment by an out-patient doctor, hospitalization, reparation, transportation
Oznámení škodné události - ambulanti ošetření, hospitalizace, repatriace, doprava

for contractual health insurance
ze zdravotního pojištění cizinců

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:	
Address: Adresa:		Date of birth: Datum narození:	
Legal representative/ guardian of insured person (zákonný zástupce/ opatrovník pojištěného)		Postcode: PSČ:	
First name and surname:		Tel.:	
Address:		E-mail:	
Date of birth:		Postcode: PSČ:	
Please, transfer my discharge to: (Plnění poukažte:)		Tel.:	
<input type="checkbox"/> A) to above name and address of insured person na výše uvedené jméno a adresu pojištěného		<input type="checkbox"/> B) to above name and address of Legal representative of insured person na výše uvedené jméno a adresu zákonného zástupce pojištěného	
<input type="checkbox"/> C) to account in the Czech Republic : na účet v ČR :		E-mail:	
number		BLZ	
bank code			
..... name of bank – address název banky - adresa			

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 treatment and state of health.

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

In

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

Otisk razítka, datum a podpis příjemce oznámení

Insurance policy no.
Pojistná smlouva číslo:

Valid from to
Platnost od do

Enclosure:
Počet příloh:

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:

(First name and surname of staff member performing the verification – capital letters)
(jméno a příjmení ověřujícího 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:

Place:

State:

datum:

místo:

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 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 medical institution that provided first - aid:

Jméno a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo 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 the medical institution was realized by:

Dopravu do zdravotnického zařízení 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 prokazují 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: