



Prezentační razítko a podpis

Tarif, číslo pojistné smlouvy:

POJISTITEL

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

INFORMACE K LIKVIDACI

**V případě zpětného nárokování je třeba doložit následující:**

- originál uhrazeného účtu (případně originál uhrazené faktury s originálním dokladem o zaplacení)
- kopii lékařské zprávy

**Řádně vyplněný formulář společně s doklady odešlete, prosím, doporučeně poštou na adresu asistenční služby:  
Europ Assistance s.r.o., Na Pankráci 1658/121, 140 00 Praha 4 Czech Republic**

Při nutnosti doložení dalších podkladů k likvidaci budete vyzváni příslušným oddělením asistenční služby

Dotazy k Vaší pojistné události směřujte na asistenční službu – telefon +420 221 586 675

OSOBNÍ ÚDAJE POJIŠTĚNÉHO

Příjmení a jméno  
pojištěného

Telefon

E-mail

Rodné  
číslo

**Adresa trvalého / jiného pobytu:**

Pro souhlas s emailovou komunikací zaškrtněte

Ulice (místo)

PSČ

Obec (pošta)

Název a kód zdravotní pojišťovny

Máte ještě jiné pojištění léčebných výloh (např. z platební karty)

ANO

NE

Pokud ano, uveďte jaké

OKOLNOSTI VZNIKU POJISTNÉ UDÁLOSTI

Datum vzniku onemocnění  
(úrazu)

Místo / stát /  
ošetření

Datum  
ošetření

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.

Termín pobytu od

2

0

Vznikla škoda na zdraví cizím zaviněním

ANO

NE

Autonehoda

ANO

NE

do

2

0

Oznámil jste pojistnou událost asistenční službě v ČR

ANO

NE

nebo v zahraničí

ANO

NE

HISTORIE ONEMOCNĚNÍ

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.)

NÁROKY Z POJIŠTĚNÍ

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

PLATBA V ČR

**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 sporozíra uveďte specifický symbol

název peněžního ústavu  kód banky

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

PLATBA DO ZAHRAJNÍ

**2) EUR nebo USD**

pouze částky vyšší než 100 EUR nebo 300 USD

a) na devizový účet číslo

název účtu (tj. jméno majitele účtu)

název a sídlo peněžního ústavu

PROHLÁŠENÍ

**Prohlášení:** Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem ke hlášené pojistné události vyplnil/a pouze toto oznámení a že jsem si vědom/a důsledku nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit. Souhlasím s poskytnutím příslušných údajů z mé zdravotnické dokumentace reviznímu lékaři, tímto zprošťuji dotázaného lékaře mlčenlivosti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení, zařízení poskytující zdravotní péči a zdravotní pojišťovny k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení a za tím účelem je zprošťuji mlčenlivosti. Za účelem šetření škodné události zprošťuji mlčenlivosti rovněž státní zastupitelství, policii a další orgány činné v trestním či správním řízení a hasičský záchranný sbor. Zmocňuji Českou pojišťovnu a.s., resp. jí pověřenou osobu, aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti s oznámenou škodnou událostí, nahlížela do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů a zhotovovala z nich kopie či výpisy.

Souhlasím dále s tím, aby mé osobní údaje, včetně údajů citlivých, týkajících se zdravotního stavu, zpracovávala Česká pojišťovna a.s. v souladu se zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a změně některých zákonů. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu ustanovení § 11 citovaného zákona řádně informován/a o zpracování mých osobních a citlivých údajů, o 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 nákladu nutného a neodkladného léčení v cizině.

V  dne

Podpis pojištěného (oprávněného)

Podpis a razítko zaměstnance ČP

Řádně vyplněný formulář společně s doklady **odešlete**, prosím, **doporučeně poštou** na adresu asistenční služby: Europ Assistance s.r.o., Na Pankráci 1658/121, 140 00 Praha 4 Czech Republic