



Notification of an Insurance Event for contractual health insurance

Oznámení škodné události ze zdravotního pojištění cizinců
(předepsané léky a prostředky zdravotnické techniky)

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

Insured person (pojištěný)

First name and surname:
Jméno a příjmení:

Address:
Adresa:

Passport number:
Číslo průkazu totožnosti:

Date of birth:
Datum narození:

Postcode: Tel.:
PSČ: E-mail:

Legal representative of insured person (zákonný zástupce pojištěného)

First name and surname:

Address:

Date of birth:

Postcode: Tel.:
E-mail:

Please, transfer my discharge to: (Plnění poukažte:)

A) to above name and address of insured person
na výše uvedené jméno a adresu pojištěného

B) to above name and address of Legal representative of insured person
na výše uvedené jméno a adresu zákonného zástupce pojištěného

C) to account in the Czech Republic :
na účet v ČR :

..... number BLZ bank code

.....
name of bank – address název banky - adresa

Documents - enclosure: (doklady - počet celkem)

Receipt Order (poukaz) Document - bill (doklad - účtenka)

Date:
Datum:

Signature:
Podpis:

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: