



## Notification of an Insurance Event for contractual health insurance

(medicines and healthcare aids prescribed by doctor)

### Oznámení škodné události ze zdravotního pojištění cizinců

(ambulanti péče, 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/ guardian of insured person (zákonný zástupce pojištěného/ opatrovník)

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: