



# Notification of an Insurance Event for contractual health insurance

## Oznámení škodní události ze zdravotního pojištění cizinců

Treatment by an out-patient doctor, hospitalization, repatriation, transportation  
Ambulantní ošetření, hospitalizace, repatriace, doprava

Medicines and healthcare aids  
Léky a zdravotnické prostředky

Note: If you request only reimbursement of medicines and healthcare aids, it is not necessary to fill in the second page of this form.  
pozn. Žádáte-li pouze o proplacení léků a zdravotnických prostředků, není nutné vyplnění 2. strany tohoto formuláře.

Total number of documents (Receipt/Order/Document - bill):  
Počet dokladů celkem (recept/poukaz/doklad - účtenka): .....

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: .....

Address: .....

Postcode: .....

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 treatment and state of 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: .....

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

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

Date: .....  
Datum: .....  
Signature: .....  
Podpis: .....

Please, submit the completed form to the representative of the insurer or send it directly to the following address: Pojišťovna VZP, a.s., odbor likvidace pojistných událostí, Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1, or by email: oznameni.udalosti@pvzp.cz (the size of one email must not exceed 15MB).

Vyplněný formulář předejte zástupci pojistitele tohoto pojištění nebo zašlete přímo na adresu: Pojišťovna VZP, a.s., odbor likvidace pojistných událostí, Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1, případně na e-mail: oznameni.udalosti@pvzp.cz (velikost jedné zprávy nesmí překročit 15 MB).

**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 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 prokazují těmito doklady (**lékařská zpráva a originální účet** za léčení, dopravu apod., spolu s doklady o zaplacení):

**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: .....

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