

Medical Expenses
Léčebných výloh

Hospitalization Insurance
Pojištění pro případ hospitalizace

Policy number:

Číslo pojistné smlouvy:

First name and surname of the insured person:

Jméno a příjmení pojištěného:

Home address:

Adresa bydliště:

Correspondence address:

Korespondenční adresa:

Date of birth:

Datum narození:

E-mail:

E-mail:

Health insurance code:

Kód ZP:

Telephone:

Telefon:

Telephone 2:

Telefon 2:

National insurance number:

Rodné číslo:

Legal representative / guardian of the insured

Zákonný zástupce / opatrovník pojištěného

First name and surname:

Jméno a příjmení:

Date of birth:

Datum narození:

E-mail:

E-mail:

Home address:

Adresa bydliště:

Correspondence address:

Korespondenční adresa:

Relationship to the insured person:

Vztah k pojištěnému:

Telephone:

Telefon:

National ID number:

Rodné číslo:

Notifier (if different from the insured person or their legal representative / guardian)

Oznamovatel (je-li odlišný od pojištěného nebo jeho zákonného zástupce / opatrovníka)

First name and surname of the notifier:

Jméno a příjmení oznamovatele:

Home address:

Adresa bydliště:

Correspondence address:

Korespondenční adresa:

Date of birth:

Datum narození:

E-mail:

E-mail:

State the claimant's legal interest in the insurance claim (what is your relationship to the insured person):

Uveďte právní zájem oznamovatele na pojistném plnění (v jakém vztahu jste vůči pojištěnému):

Telephone:

Telefon:

National ID number:

Rodné číslo:

Description of the claim

Popis škodní události

Date and time of the incident:

Datum a hodina události:

Location:

Místo:

Country:

Stát:

Please describe in detail the circumstances in which the insured person's injury or illness occurred:

Podrobně popište, za jakých okolností došlo k úrazu či nemoci pojištěného:

Which part of the body was injured – how did the illness manifest itself:

Která část těla byla poraněna – jak se projevilo onemocnění:

Did the insured person suffer from this illness before the insurance began?

Trpěl pojištěný tímto onemocněním již před počátkem pojištění?

No

Ne

Yes

Ano

From:

Od kdy:

Was the assistance service contacted?

Byla kontaktována asistenční služba?

No

Ne

Yes

Ano

When and by whom:

Kdy a kým:

Number under which the event is registered with the assistance service:

Číslo, pod kterým je událost evidována u asistenční služby:

Name and address of the healthcare facility that provided first aid:
Název a adresa zdravotnického zařízení, které poskytlo první pomoc:

Name and address of the healthcare facility where the insured person subsequently received treatment:
Název a adresa zdravotnického zařízení, kde se pojištěný léčil následně:

Transport of the insured person to the healthcare facility was provided by:
Dopravu pojištěného do zdravotnického zařízení provedl:

Transport of the insured person to the Czech Republic was provided by:
Dopravu pojištěného do ČR provedl:

Hospitalisation details

Údaje o hospitalizaci

Date and time of admission:
Datum a čas příjmu k hospitalizaci:

Date and time of discharge:
Datum a čas ukončení hospitalizace:

General practitioner with whom the insured person's complete medical records are held

Praktický lékař, u kterého je vedena kompletní zdravotní dokumentace pojištěného

Doctor's first name and surname:
Jméno a příjmení lékaře:

Practice address:
Adresa ordinace:

E-mail:
E-mail:

Telephone:
Telefon:

Investigation of illness/injury

Vyšetřování nemoci/úrazu

Was the injury or illness caused by a third party?
Byl úraz či onemocnění zaviněno třetí osobou?

Yes
Ano

No
Ne

If you answered YES, please state who was responsible for the injury/illness (first name, surname, contact details)
V případě odpovědi ANO uveďte, kým byl úraz/onemocnění zaviněno (jméno, příjmení, kontaktní údaje)

Was the incident investigated by the police or another authority:
Šetřila událost policie nebo jiný orgán:

Yes
Ano

No
Ne

Please state who investigated the case (first name, address) and provide a police report or other report from the investigating authority:
Uveďte, kdo případ vyšetřoval (jméno, adresa), a doložte policejním protokolem či jinou zprávou vyšetřujícího orgánu:

The following documents must be provided when reporting a claim:

- medical records
- invoices/bills for medical services provided
- copies of prescriptions for medicines and medical supplies
- for payment of medical services
- police report in the event of a police investigation
- discharge report in the event of hospitalisation
- in the event of death, a copy of the death certificate and a medical certificate stating the cause of death

K oznámení škodní události je nutné doložit tyto doklady:

- lékařskou dokumentaci
- faktury/účty za provedené lékařské služby
- kopie receptů za léky a lékařský materiál
- o zaplacení lékařských služeb
- policejní protokol v případě šetření události policií
- propouštěcí zprávu v případě hospitalizace
- v případě úmrtí kopii úmrtního listu a lékařského osvědčení o příčině smrti

	Costs Výše nákladů	Currency Měna
Treatment: Ošetření:		
Medicines: Léky:		
Transport: Doprava:		
Total: Celkem:		

Costs paid by the insured:
Uhrazené náklady pojištěným:

The insured is claiming reimbursement of costs in the total amount and currency:
Pojištěný uplatňuje náhradu nákladů v celkové částce a měně:

Please transfer the insurance payout to:
Pojistné plnění poukažte:

To the following Czech koruna bank account number: Na korunový bankovní účet číslo:	Bank code: Kód banky:	Bank name: Název banky:
By postal order to the address: Poštovní poukázkou na adresu:		

The insured person has not paid the costs
Pojištěný náklady nehradil

The healthcare facility is claiming reimbursement of costs in the total amount and currency:
Úhradu nákladů požaduje zdravotnické zařízení v celkové částce a měně:

Is the insured person covered for the same risk with another insurer? Je pojištěný pojištěn na stejné riziko i u jiného pojistitele?	No Ne	Yes Ano	With which insurer: U kterého:
--	-----------------	-------------------	--

Duration of the insured person's stay abroad: Doba pobytu pojištěného v zahraničí:	Date of departure from the Czech Republic: Datum odjezdu z ČR:	Time of departure: Čas odjezdu:
	Date of return to the Czech Republic: Datum návratu do ČR:	Time of return: Čas odjezdu:

Please send the completed form, together with photocopies of all documents and medical records relating to your claim, by email to:oznameni.udalosti@pvzp.cz (the size of a single message must not exceed 15 MB), or by post to: Pojišťovna VZP, a.s., Claims Settlement Department, Lazarská 1718/3, 110 00 Prague 1.

Vyplněný formulář spolu s fotokopii všech dokladů a zdravotní dokumentace týkajících se vaší škodní události zašlete e-mailem na: oznameni.udalosti@pvzp.cz (velikost jedné zprávy nesmí překročit 15 MB), nebo zašlete písemně na adresu: Pojišťovna VZP, a.s., odbor likvidace pojistných událostí, Lazarská 1718/3, 110 00 Praha 1.

Declaration:

I declare that I have answered all questions truthfully and completely, and that I am aware of the consequences of incorrect, misleading or incomplete answers for the insurer's obligation to provide insurance benefits. I consent to the insurer requesting all documentation regarding the insured person's state of health and the course of their treatment for the purposes of investigating the claim, and I release the doctor from their duty of confidentiality. I further authorise doctors, healthcare facilities and healthcare providers to issue medical reports, extracts from medical records or to lend them. I also agree that the insurer may request the necessary documentation from the police, administrative authorities and other insurance companies for the purposes of investigating the claim.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl/a pravdivě a úplně, že jsem si vědom/a důsledků nesprávných, zkreslených nebo neúplných odpovědí pro povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění. Souhlasím, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o zdravotním stavu a průběhu léčení pojištěného pro potřeby šetření škodní události, a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti. Dále zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení a zařízení poskytující zdravotní péči k vyhotovení lékařských zpráv, výpisu ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení. Rovněž souhlasím, aby si pojistitel pro potřeby šetření škodní události vyžádal potřebné podklady u policie, správních orgánů a ostatních pojišťoven.

Number of pages in the attachment I am enclosing:

Počet listů přílohy, které přikládám:

Place:
Místo:

Date:
Datum:

Signature of the insured person (legal representative)
Podpis pojištěného (zákonného zástupce)