



Notification of an Insurance Event for contractual health insurance

(medicines and healthcare aids prescribed by doctor)

Oznámení škodní události ze zdravotního pojištění cizinců

(ambulanti péče, předepsané léky a prostředky zdravotnické techniky)

Insured person no. from Insured card:

Číslo pojištěného z průkazu pojištěného:

Validity of insurance policy from

Platnost pojistné smlouvy od to do

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:

PSC:

E-mail:

Tel.:

Legal representative/ guardian of insured person zákonný zástupce pojištěného/ opatrovník

First name and surname:

Date of birth:

Postcode:

Address:

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

Documents - enclosure: doklady - přílohy

Total number of the Enclosure:

Počet příloh celkem:

Number of Receipt/Order:

počet receptů/poukazů:

Number of Document - bill:

počet dokladů - účtenek:

Send me a notification in English
Výrozumění mi zašlete v angličtině

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: