



## Oznámení pojistné události z léčebných výloh v zahraničí

<b>A. POJISTITEL</b>	Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika IČ 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897			
<b>B. POJIŠTĚNÝ</b>	Rodné číslo <sup>1)</sup>	Příjmení	Jméno	
	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		Titul	
	Adresa trvalého pobytu/bydliště		<input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké? <sup>2)</sup>	
	Obec – dodací pošta		<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód <sup>3)</sup>	
	E-mail		Mobilní telefon	
<b>C. ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ A ŠKODNÉ UDÁLOSTI</b>	Korespondenční adresa <sup>3)</sup>		Telefon	
	Ulice (místo), číslo popisné/orientační		PSČ	
	Obec – dodací pošta			
	Majitel účtu / držitel karty <sup>4)</sup>	Rodné číslo	Příjmení	
	Jméno		Titul	
<b>D. ZPŮSOB VÝPLATY PLNĚNÍ</b>	Číslo pojistné smlouvy	Počátek pojištění	Délka pobytu v zahraničí	
	od		do	
	Byla sjednána sportovní činnost? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Byla kontaktována asistenční společnost <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Datum, kdy byla kontaktována asistenční společnost
	Název nebo kód zdravotní pojišťovny pojištěného		Datum vzniku pojistné události	
	Místo ošetření		Stát	
	V případě, že se jednalo o nehodu zaviněnou třetí osobou, uveďte její jméno a adresu			
	Popište podrobně průběh a okolnosti pojistné události (o jaké onemocnění nebo úraz se jednalo, v případě smrti uveďte její příčinu)			
	Jméno a adresa praktického nebo odborného lékaře (chirurg, internista, neurolog, apod.) v ČR			
	Trpěl(a) jste již před začátkem pojištění onemocněním, pro které jste v zahraničí vyhledal(a) lékařské ošetření? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
	Pokud ano, jak dlouho?			
Požádal(a) jste o úhradu nákladů ve smyslu § 14 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění svou zdravotní pojišťovnu? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne				
Pokud ano, dejte vyplnit část F tohoto tiskopisu. Pokud ne, vyplňte část E tohoto tiskopisu.				
Jste pojištěn(a) stejným typem pojištění u jiné pojišťovny? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne				
Pokud ano, u které? Uveďte číslo pojistné smlouvy a její platnost od - do				
<b>Výše nákladů uhrazených v hotovosti</b>				
Za léčení	Za léky a léčebné prostředky	Jiné náklady		
<b>Pojistné plnění poukažte na (uveďte pouze jednu z možností)</b>				
<input type="checkbox"/> Číslo účtu	Číslo účtu	Kód banky	Specifický symbol	
<input type="checkbox"/> Adresu trvalého pobytu/bydliště uvedenou v části B.				

## E. PLNÁ MOC

Já (jméno a příjmení)

, pojištěný

**zmocňuji tímto Kooperativu pojišťovnu, a.s., Vienna Insurance Group, IČ 47116617 se sídlem Praha 8, Pobřežní 665/21, aby mne zastupovala při všech právních úkonech spojených s uplatňováním mého nároku vůči**

(Název a sídlo zdravotní pojišťovny)

**na úhradu částky, která mi náleží podle ustanovení § 14 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, v souvislosti s mým nutným a neodkladným léčením, jehož potřeba nastala během mého pobytu v zahraničí**

od

do

jakož i přijetí této náhrady.

Datum

2 0 1

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba)  
způsobilý k právním úkonům

## F. POTVRZENÍ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNY

Kód zdravotní pojišťovny

**Zdravotní pojišťovna (název, sídlo):**

**potvrzuje, že ve smyslu ustanovení § 14 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění, uhradila pojištěnému uvedenému**

**na přední straně tohoto tiskopisu částku ve výši ..... Kč za léčebné výlohy v zahraničí na základě předložených účtů**

**v částce ..... (uveďte částku v příslušné zahraniční měně).**

Datum

2 0 1

Razítko a podpis zdravotní pojišťovny

## G. INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

### ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování Vašich osobních údajů. Více informací, včetně možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění, který je trvale dostupný na webové stránce [www.koop.cz](http://www.koop.cz) v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

#### Informace o zpracování údajů o zdravotním stavu

Berete na vědomí, že jsou-li pro šetření pojistné události nezbytné údaje o zdravotním stavu, zpracovává je pojistitel na základě nezbytnosti pro **určení, výkon a obhajobu právních nároků**, a to za účelem správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události a za účelem ochrany před neoprávněnými či protiprávními nároky a předcházení podvodům a jejich vyšetřování, zajištění a soupojištění.

#### Informace o zpracování osobních údajů vyjma údajů o zdravotním stavu

Berete na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojistitel na základě **oprávněného zájmu** pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem a souvisejících vztahů s pojištěným, případně poškozeným, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistné události, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojistitele a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojistitel také na základě a pro účely **plnění zákonných povinností**, které se na pojistitele vztahují.

**Odesláním tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v neživotním pojištění, zejména s rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů a právy, která Vám v této souvislosti náleží.**

Prohlašuji, že všechny údaje v tomto tiskopisu jsem uvedl(a) úplně a pravdivě. Jsem si vědom(a) právních důsledků neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Datum

2 0 1

Podpis pojištěného (oprávněné osoby)

Podpis zákonného zástupce, není-li pojištěný (oprávněná osoba)  
způsobilý k právním úkonům