



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC
I. P. Pavlova 185/6, 779 00 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: info@fnol.cz
IČO: 00098892

Заявление о признании долга

Dokument č.
Fm-E002-UZDLUH-004

verze č. 2, str. 1/1

Hryhoryk Vasyl

27.8.1989

FJ770959

Имя, фамилия

Дата рождения

№ паспорта

Kopashново vul.Trentralna,36 obl.Khustkyi

Ukrajna

Постоянное место жительства

Гражданство

A. Дата предоставления амбулаторного обслуживания _____

стоимостью (в Чеш.кронах) _____

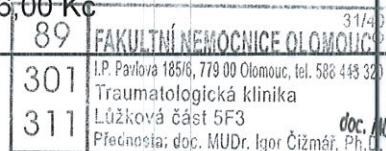
B. Стационарное обслуживание предоставлено с 17.06.2018 по 22.06.2018

45 236,00 Kč

стоимостью (в Чеш.кронах) _____

Счет выставил:

(печать клиники и подпись врача) _____



Igor Čizmar, Ph.D.
61327

Я, нижеподписавшийся, признаю, что мне было предоставлено медицинское обслуживание в _____ клинике Факультетской больницы в г. Оломоуц. Счет за расходы по моему лечению я получил. За все предоставленные мне медицинские услуги, включая дополнительные расходы, после вноса аванса я остался должен ФБ сумму

45 236,00

Чеш. крон,

которую я до сих пор не заплатил. Я согласен с размером данной суммы и ее обоснованием и признаю свой долг по отношению к Факультетской больнице. Этот долг я обязуюсь погасить в течение 30-ти дней со дня выписки из больницы.

Подпись пациента

Трезорик

В Оломоуце, дата 22.06.2018



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC

I. P. Pavlova 6, 775 20 Olomouc
Tel. 588 441 111, E-mail: fn@fnol.cz
IČO: 00098892

Dokument č.
Fm-E002-UZDLUH-001

Prohlášení o uznání dluhu

verze č. 1, str. 1/1

Hryhoryk Vasyľ

27.8.1989

FJ770959

Jméno a příjmení

Datum narození

Číslo pasu

Kopashnovo vul.Trentralna,36 obl.Khustkyi

Ukrajina

Trvalé bydliště

Státní příslušnost

A. Ambulantní péče poskytnuta dne _____

v hodnotě Kč _____

17.06.2018

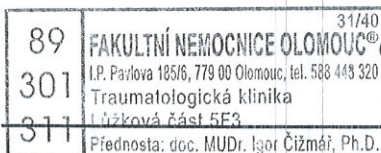
22.06.2018

B. Ústavní péče poskytnuta dne od _____ do _____

45 236 ,00CZK

v hodnotě Kč _____

Vyúčtování vyhotovil:
(razítko kliniky a podpis lékaře)



Traumatologická klinika FNOL

Já, níže podepsaný, uznávám, že jsem byl v péči _____

Fakultní nemocnice v Olomouci. Vyúčtování nákladů léčení jsem převzal. Za veškeré mi poskytnuté zdravotnické služby včetně dalších výloh dlužím FN - po odečtení zaplacené zálohy částku*

45 236,00

Kč,

kterou jsem dosud neuhradil. Tuto částku uznávám co do důvodu a výše za svůj pravý dluh, který mám vůči Fakultní nemocnici a který uhradím do 14-ti dnů od propuštění z nemocnice.

Podpis pacienta

[Handwritten signature]

V Olomouci dne 22.06.2018

* nehodící se škrtněte

I. P. Pavlova 6
775 20 Olomouc
tel: +420 588 441 111

fax: +420 585 413 841
e-mail: fn@fnol.cz
www.fnol.cz

Bank. spojení: Česká spořitelna, a. s.
Číslo účtu: 2934392/0800
IBAN: CZ100800000000002934392
BIC: GIBACZPX

IČ: 00098892
DIČ: CZ00098892

profesionalita a lidský přístup



02/18/10789

№

ВЕПТЛІНЕР

КОМПЛЕКСНИЙ ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ ПОДРОЖУЮЧИХ
(Договір добровільного страхування медичних витрат, від нещасних випадків)TRAVELLER INSURANCE POLICY
(Medical Expenses, Personal Accident) 31.05.2018

Страховальник: ПІБ, дата народження, адреса (для фізичної особи), Назва, адреса (для юридичної особи)		HRYHORYK VASYL Zakarpatska obl.Khustkyi r- n,s.Kopashnovu,vul.Tsentralna,36	
№	Застраховані особи(прізвище, ім'я) / Insured persons: surname, name	Паспорт (серія, №) / Passport	Дата народження / Date of birth
1	HRYHORYK VASYL	FJ770959	27.08.1989
2	-	-	-
3	-	-	-
4	-	-	-
Загальна кількість застрахованих осіб / Number of Insured:		1	Територія дії / Policy Territory
Програма страхування / Insurance Program		A	V
Одна подорож (безперервне страхування) / Single trip	V	Декілька подорожей (перерване страхування) / MyItitrip	3 обмеження дня Страхового захисту / Limited cover
Строк дії / Policy Validity	з / from до / to	31.05.2018 30.05.2019	Днів / Days
Спеціальна Програма страхування / Special insurance program		Турист / Tourist	Дайвер / Diving
Вид страхування / Insurance coverage		Страхова сума на кожну Застраховану особу / Sum insured	Франшиза / Deductible
Медичні витрати / Medical expenses		60 000 EUR	280
Нещасні випадки / Personal accident		-	-
Фінансові ризики / Financial Risk		-	-
Страхування багажу / Insurance of luggage		-	-
Відповідальність перед третіми особами / Personal Liability		-	-
Загальний страховий платіж, грн. / Total insurance premium UAH		280,00	
Сплачується в строк до / To be paid before		31.05.2018	
Інші умови / Other terms			
Страховий захист надається відповідно «Рішення Ради ЄС 2004/17/EG щодо медичного страхування подорожуючих осіб». ПрАТ Страхова компанія «ВЕПТЛІНЕР» є правонаступником ПрАТ Страховий дім «Європейський світ». Підписанням цього Договору Страховальник підтверджує свою згоду на обробку персональних даних для внесення до електронних баз, передачу їх третім особам без повідомлення Страховика. Застраховані особи з умовами страхування ознайомлені та згодні.			
Підпис страховальника / Insured Signature		Підпис Страховика / Signature	

Асистанс: +38 (044) 229-75-10, e-mail: ukr@savitak-gr.com



02/18/10789

№

ВЕПТЛІНЕР

КОМПЛЕКСНИЙ ДОГОВІР СТРАХУВАННЯ ПОДРОЖУЮЧИХ
(Договір добровільного страхування медичних витрат, від нещасних випадків)TRAVELLER INSURANCE POLICY
(Medical Expenses, Personal Accident) 31.05.2018

Страховальник: ПІБ, дата народження, адреса (для фізичної особи), Назва, адреса (для юридичної особи)		HRYHORYK VASYL Zakarpatska obl.Khustkyi r- n,s.Kopashnovu,vul.Tsentralna,36	
№	Застраховані особи(прізвище, ім'я) / Insured persons: surname, name	Паспорт (серія, №) / Passport	Дата народження / Date of birth
1	HRYHORYK VASYL	FJ770959	27.08.1989
2	-	-	-
3	-	-	-
4	-	-	-
Загальна кількість застрахованих осіб / Number of Insured:		1	Територія дії / Policy Territory
Програма страхування / Insurance Program		A	V
Одна подорож (безперервне страхування) / Single trip	V	Декілька подорожей (перерване страхування) / MyItitrip	3 обмеження дня Страхового захисту / Limited cover
Строк дії / Policy Validity	з / from до / to	31.05.2018 30.05.2019	Днів / Days
Спеціальна Програма страхування / Special insurance program		Турист / Tourist	Дайвер / Diving
Вид страхування / Insurance coverage		Страхова сума на кожну Застраховану особу / Sum insured	Франшиза / Deductible
Медичні витрати / Medical expenses		60 000 EUR	280
Нещасні випадки / Personal accident		-	-
Фінансові ризики / Financial Risk		-	-
Страхування багажу / Insurance of luggage		-	-
Відповідальність перед третіми особами / Personal Liability		-	-
Загальний страховий платіж, грн. / Total insurance premium UAH		280,00	
Сплачується в строк до / To be paid before		31.05.2018	
Інші умови / Other terms			
Страховий захист надається відповідно «Рішення Ради ЄС 2004/17/EG щодо медичного страхування подорожуючих осіб». ПрАТ Страхова компанія «ВЕПТЛІНЕР» є правонаступником ПрАТ Страховий дім «Європейський світ». Підписанням цього Договору Страховальник підтверджує свою згоду на обробку персональних даних для внесення до електронних баз, передачу їх третім особам без повідомлення Страховика. Застраховані особи з умовами страхування ознайомлені та згодні.			
Підпис страховальника / Insured Signature		Підпис Страховика / Signature	

Асистанс: +38 (044) 229-75-10, e-mail: ukr@savitak-gr.com

+38 (044) 229-75-10

ukr@savitak-gr.com

Пам'ятка до Додатку №1 до Комплексного договору страхування подорожуючих
(повний текст Додатку №1 можна завантажити на сайті Страховика за посиланням - <http://www.velt.com.ua/homepage/pravila-strahuvannya>)

Стаття 1. Перелік послуг в залежності від Програми страхування

1.1 Страхування медичних або інших витрат		Програма страхування А - «Економ»	Програма страхування В - «Стандарт»
Перелік послуг оплата яких гарантується Страховиком		Ліміт відповідальності	Ліміт відповідальності
1.1.1.	Організація і сплата вартості послуг невідкладної медичної допомоги	100%	100%
1.1.2.	Організація і сплата вартості послуг по невідкладному медичному обслуговуванню	100%	100%
1.1.3.	Організація і сплата вартості стаціонарного лікування	100%	100%
1.1.4.	Організація і оплата невідкладної амбулаторної допомоги	100%	100%
1.1.5.	Оплата ліків при амбулаторному лікуванні	-	200 EURO / USD – поза межами України, 300 грн. – в межах України
1.1.6.	Невідкладна стоматологічна допомога	-	-
1.1.7.	Організація і оплата вартості послуг по транспортуванню Застрахованої особи до найближчого медичного закладу	100%	100%
1.1.8.	Організація послуг та оплата витрат по репатріації тіла Застрахованої особи до місця постійного проживання у випадку її смерті	100%	100%
1.2 Страхування від нещасних випадків		2-100% згідно таблиці ушкоджень	
1.2.1.	Травматичне ушкодження застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	50%	
1.2.2.	Встановлення первинної інвалідності внаслідок нещасного випадку:	III група	75%
		II група	100%
		I група	100%
1.2.3.	Смерть Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку	100%	

Стаття 2. Умови страхування

- 2.1. Загальні положення
- 2.1.1. Страхування здійснюється на користь Застрахованої особи по території, вказаній у Договорі страхування, а також розмір франшизи вказується у Полісі (додаток до Договору страхування).
- 2.1.2. Територія дії відмічається в Полісі як окрема країна чи одна з географічних зон.
- 2.2. Страхування передбачає медичних та інших витрат
- 2.2.1. Страховим випадком є документально підтверджені витрати на оплату вартості наданих Застрахованій особі медичних та інших, передбачених Договором страхування (Полісом) послуг, внаслідок настання страхового ризику.
- 2.3. Страхування від нещасного випадку.
- 2.3.1. Нещасний випадок - раптова, короточасна, непередбачувана, незалежна від волі Застрахованої особи та викликана зовнішнім впливом події, включаючи протиправні дії третіх осіб, що призвела до травматичного пошкодження тканин організму Застрахованої особи з порушенням їх цілісності, функціональності, деформації та порушення функцій опорно-рухового апарату, каліцтва та (або) іншого розладу здоров'я Застрахованої особи, її загибелі, а також випадкове потрапляння в дихальні шляхи стороннього тіла, утоплення, опік, укуси тварини та отруйних комах, обмороження, ураження електричним струмом та блискавкою, випадкове отруєння отруйними речовинами, дорожньо-транспортна пригода. Страховим випадком є: травма, встановлення первинної інвалідності або смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку.

Стаття 3 Дії Застрахованої особи при настанні страхового випадку

- 3.1. Загальні.
- 3.1.1. При настанні страхового випадку Застрахована особа зобов'язана незалежно від свого місцезнаходження негайно, до моменту звернення по медичну, або іншу, зазначену в полісі допомогу, звернутися у будь-який час доби, до Асистуючої компанії за телефонами, що зазначені в полісі / договорі, за винятком надзвичайних або непередбачених обставин, та отримати інформацію щодо подальших дій.
- 3.1.2. Ви можете зв'язатися зі Страховиком:
- з питань страхових випадків, що не вимагають надання медичної допомоги;
 - з питань отримання страхових виплат;
 - для отримання консультації зі страхування;
 - а також з інших питань, пов'язаних із страхуванням по номеру телефону: (044) 482-42-83 (84) - (у робочий час з 09.00 до 18.00 за Київським часом)
- 3.1.3. У будь-якому разі Застрахована особа зобов'язана повідомити Страховика або Асистуючу компанію про настання страхового випадку в такий термін:
- у випадку звернення по медичну або іншу допомогу – протягом 24 годин;
 - при настанні нещасного випадку – протягом трьох робочих днів;
- У випадку неможливості повідомити Асистуючу компанію (Страховика) у вказані строки, за надзвичайних або непередбачених обставин, Застрахована особа або її довірена особа повинні повідомити Асистуючу компанію (Страховика) при першій можливості.
- 3.1.4. Виконувати рекомендації Асистуючої компанії щодо своїх подальших дій.
- 3.1.5. Якщо зв'язатися з Асистуючою компанією неможливо, то при необхідності надання невідкладної медичної допомоги, самостійно звернутися в найближчий медичний заклад чи по допомогу до лікаря.
- 3.1.6. Обов'язково пред'явити документ про страхування (Договір / поліс).
- 3.1.6.1. Сплатити, якщо необхідно, надані медичні послуги.
- 3.1.6.1. У випадку самостійної сплати Застрахованою особою медичних послуг, в медичному закладі необхідно одержати:
- довідку – звіт з медичного закладу (на форменому бланку чи з відповідним штампом) з вказаннями: прізвищем пацієнта, точним діагнозом, датою звернення по допомогу, тривалістю лікування, детальними даними про надані медичні послуги, діагностику, призначені медикаменти з зазначенням їх кількості та вартості;
 - деталізовані рахунки за інші послуги з розбивкою їх по датам та вартістю;
 - документи, що підтверджують факт сплати медикаментів, наданих медичних та інших послуг (розрахунково-касові документи, товарні чеки, банківські квитанції і т.п.);
 - рахунки за телефонні розмови (факсимільні повідомлення), в яких вказані номери телефонів, дата, час і вартість кожної розмови.

Стаття 4. Здійснення страхових виплат

- 4.1. Загальні положення
- 4.1.1. Якщо Застрахована особа повністю або частково отримала допомогу за участю Асистуючої компанії в обсягах, передбачених умовами Договору, оплата вартості таких послуг, наданих Медичним закладом або іншою установою, здійснюється установі, що надала їх Застрахованій особі, на підставі рахунка та інших документів, виставлених цією установою. Оплату наданих послуг від ім Застрахованої особи здійснює Страховик через Асистуючу компанію.
- 4.1.2. Якщо Застрахована особа самостійно сплатила за послуги, передбачені умовами Договору за умови, що такі витрати були попередньо погоджені зі Страховиком або Асистуючою компанією доцільними, обґрунтованими та належним чином документально підтвердженими, Страховик здійснює страхову виплату (виплачує страхове відшкодування) після повернення Застрахованої особи до місця постійного проживання. Виплата страхового відшкодування в розмірі, не більшому ніж передбачено Договором відповідного ліміту відповідальності Страховика, здійснюється в грошовій одиниці України за курсом НБУ на день її здійснення.
- 4.1.3. Якщо Застрахована особа самостійно сплатила за послуги, передбачені умовами Договору, то для отримання страхової виплати Застрахована особа (її Довірена особа) повинна надати Страховику протягом 5(п'яти) робочих днів з дати повернення до місця постійного проживання:
- письмову заяву про страхову виплату за встановленою Страховиком формою;
 - розгорнуте повідомлення про настання випадку, з описом події та її наслідків;
 - оригінал Договору;
 - документ, що посвідчує особу Застрахованої особи (Довірену особу) та ідентифікаційний код;
 - закордонний паспорт та його копію з відмітками прикордонного контролю про перетин Державного кордону України;
- Крім того Застрахована особа (Спадкоємець) подає наступні документи:
- 4.1.3.1. По страхуванню медичних витрат:
- документи, вказані в п. 3.1.6.1 цієї Пам'ятки.
- 4.1.3.2. По страхуванню від нещасного випадку:
- у разі встановлення інвалідності Застрахованій особі - документи, які видані медико-соціальною експертною комісією (МСЕК), що підтверджують встановлення групи інвалідності;
 - у разі смерті Застрахованої особи внаслідок нещасного випадку - свідоцтво про смерть Застрахованої особи, а також довідку з медичного закладу про причини смерті;
 - документи, які підтверджують право на спадщину (для Спадкоємця);
- 4.1.4. Інших документів на вимогу Страховика, що мають істотне значення для підтвердження настання Страхового випадку та визначення розміру збитку.

Стаття 5. Заключні положення

Страховальник з повним текстом Додатку №1 до комплексного договору страхування подорожуючих, «Правилами добровільного страхування медичних витрат (нова редакція)» від 12.03.08 «Правилами добровільного страхування від нещасних випадків» від 20.07.07 р., ознайомлений і згоден. Страховальник повідомив Застрахованій(им) особі(ам), що документи у pdf-форматі розміщені на сайті Страховика за посиланням - <http://www.velt.com.ua/homepage/pravila-strahuvannya>

«Надаю згоду на обробку, використання Страховиком зазначених у полісі персональних даних у відповідності із Законом «Про захист персональних даних», із правами, як суб'єкта персональних даних передбачених ст. 8 Закону, ознайомлений».

«___» _____ 20__ р.
(підпис Страховальника)

(Підпис Ім'я По-Батькові – розбірливо)



«Надаю згоду на обробку, використання Страховиком зазначених у полісі персональних даних у відповідності із ЗАКОНОМ «Про захист персональних даних», із правами, як суб'єкта персональних даних, передбачених ст. 8 ЗАКОНУ, ознайомлений».

«31» 05 2018 р.

Тригорник
(Підпис)

« Тригорник ВАСИЛЬ
(Прізвище Імя По-Батькові - розбірливо)

ПрАТ «Страхова компанія «ВЕІТЛІНЕР»
04080, м Київ, вул. Новокосятинська, 1Б, пов. 4
+38 (044) 482-42-83 (84), e-mail: office@veit.com.ua
Асистанс: +38 (044) 229-75-10, e-mail: ukr@savitar-gr.com



«Надаю згоду на обробку, використання Страховиком зазначених у полісі персональних даних у відповідності із ЗАКОНОМ «Про захист персональних даних», із правами, як суб'єкта персональних даних, передбачених ст. 8 ЗАКОНУ, ознайомлений».

«31» 05 2018 р.

Тригорник
(Підпис)

« Тригорник ВАСИЛЬ
(Прізвище Імя По-Батькові - розбірливо)

ПрАТ «Страхова компанія «ВЕІТЛІНЕР»
04080, м Київ, вул. Новокосятинська, 1Б, пов. 4
+38 (044) 482-42-83 (84), e-mail: office@veit.com.ua
Асистанс: +38 (044) 229-75-10, e-mail: ukr@savitar-gr.com

The passport of the citizen of Ukraine for travelling abroad
is the property of Ukraine

In the name of Ukraine, the Minister of Foreign Affairs of Ukraine requests all those whom it may concern to facilitate in every possible way the travel of the bearer of this passport and to provide the bearer with all necessary assistance and protection.

HM № 189498



У К
Тип/Type

UKRAINE

Код држави/ Country code

Homep nаcнортa/ Passport No.

P

UKR

FJ770959

Прізвище/ Surname

ГРИГОРИК/HRYNORYK

Im'a/ Given Names

ВАСИЛЬ/VASYL

Громадянство/ Nationality

УКРАЇНА/UKRAINE

Дата народження/ *Date of birth*

27 CEP/AUG 89

Занис №/ Record No.

19890827-03951

Стать/ Sex

Місце народження/ *Place of birth*

4/M

ЗАКАРПАТСЬКА ОБЛ. ДКР

Дата видачі/ Date of issue

Орган, що видав / Authority

27 ЖОВ/ОСТ 17

2124

Дата закінчення строку дії/ Date of expiry

2124 _____
 Director/Manager/Author's signature

27 ЖОВ/ОСТ 27

Имидж



P<UKRHRYHORYK<<VASYL<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
FJ770959<9UKR8908272M27102791989082703951<80

При настанні страхового випадку, передбаченого Договором, Застрахованій особі чи її довірєній особі необхідно протягом 24 годин негайно зв'язатись з цілодобовим сервісним центром - Асистуючою компанією - ТОВ «Савітар Груп»

Тел./факс: +38 (044) 229-75-10, або +38 (044) 599-54-04 (Viber)

e-mail: ukr@savitar-gr.com

Україна, 01054, м. Київ, вул. О.Гончара, буд. 47-Б

При першому зверненні необхідно вказати:

- своє прізвище, ім'я;
- вказати, що вона є клієнтом ПрАТ «СК «ВЕЛТЛІНЕР» і вказати номер та термін дії свого Договору (полісу);
- своє точне місцезнаходження в країні перебування (адресу лікарні, готелю, тощо);
- докладний опис проблеми, що виникла, і вид необхідних послуг;
- повідомити контактний телефон по якому з нею негайно зв'яжеться представник Асистуючої компанії (якщо Застрахована особа поміщена в лікарню - адресу і телефонний номер лікарні, а також прізвище, ім'я, по батькові, адресу і телефонний номер лікаря, що лікує).

Якщо телефонує не сама Застрахована особа – вказати прізвище, ім'я контактної особи, її телефон і адресу.



ПрАТ «Страхова компанія
«ВЕЛТЛІНЕР»
04080, м. Київ,
Новокосятинська 1Б,
4 поверх;
Тел.: (044) 482-42-83,
Тел.: (044) 482-42-84,
Факс: (044) 482-42-85

ПОЛІС «КОМФОРТНА ПОДОРОЖ»



СТРАХОВА КОМПАНІЯ
ВЕЛТЛІНЕР

www.velt.com.ua

Kreuzingerová Pavla, Ing.

Od: Елена Архирей [arh@savitar-gr.com]
Odesláno: 27. června 2018 17:05
Komu: Kreuzingerová Pavla, Ing.
Kopie: ukr@savitar-gr.com
Předmět: RE: Insurance contract

Důležitost: Vysoká

Dear colleagues,

The insurance company refuse to cover the case so as the patient didn't inform us in time also.

You should send the invoice to the patient's address for the payment.

In case of other questions you may contact directly to the Insurance company +38 044 482-42-83

С уважением

Kind regards,

Arkhirey Helena

Assistance Coordinator

Savitar Group Ltd.

Tel: + 38 044 599 54 04

Fax: + 38 044 272 61 30

svg@savitar-gr.com

www.savitar-gr.com



Certified ISO 9001:2008

From: Kreuzingerová Pavla, Ing. [<mailto:Pavla.Kreuzingerova@fnol.cz>]

Sent: Wednesday, June 27, 2018 2:41 PM

To: 'ukr@savitar-gr.com'

Subject: Insurance contract

Importance: High

Dear Sir/Madam,

we are asking for a statement about the medical treatment of Mr. Hryhoryk Vasyl.

He was hospitalized at a faculty hospital 17.6.-22.6.2018.

We send Invoice with treatment items.

Please confirm his insurance and payment.

Upon request, we will send a medical report.

Thank you for your answer.

Best regards

Ing. Pavla Kreuzingerová

Oddělení ekonomických činností

Fakultní nemocnice Olomouc

I. P. Pavlova 185/6

779 00 Olomouc

Tel.: +420 588 442 204

E-mail: pavla.kreuzingerova@fnol.cz

Web: www.fnol.cz



FAKULTNÍ NEMOCNICE
OLOMOUC