

Oznámení škodní události

Doručeno

Pojištění osob

Závažné onemocnění

Pro interní
potřeby
pojistitele

Pokyny pro uplatnění nároku na pojistné plnění v případě vzniku závažného onemocnění:

- Pojistná událost vzniká, jestliže v době trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí čekací doby od jeho sjednání, je u pojištěného diagnostikováno některé ze závažných onemocnění nebo se po této době podrobí některému lékařskému výkonu pro závažné onemocnění. Závažná onemocnění jsou uvedena v příslušných pojistných podmínkách.
- Vyplněný formulář zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s., úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.

Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých uplatňujete nárok na pojistné plnění:								
1.	<input type="text"/>	2.	<input type="text"/>	3.	<input type="text"/>			
Jméno a příjmení pojištěného:			Rodné číslo:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa trvalého bydliště:			Telefon:					
Kontaktní adresa pro tuto škodní událost:								
E-mail:								

Popis diagnostikovaného závažného onemocnění:
Kdy bylo diagnostikováno?
Kdo stanovil diagnózu? Jméno a adresa lékaře?
Podrobil(a) jste se lékařskému výkonu? Když ano, uveďte kdy a kde?

Prohlášení pojištěného: Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení nebo v informaci lékařům o mém úrazu či nemoci jsem uvedl/a úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Souhlasím s tím, aby pojistitel zjišťoval a přezkoumával můj fyzický i psychický zdravotní stav u všech lékařů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se léčil/a, léčím nebo se budu léčit. Tento souhlas uděluji za účelem vyřizování pojistných událostí, s tím, že zmocňuji lékaře a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, provedení výpisu ze zdravotnické dokumentace nebo k jejímu zapůjčení pojistiteli, a proto zprošťuji mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Beru na vědomí, že pojistitel je z hlediska zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.
Plnění poukážte na účet:
Přeji si aby:
• částka pojistného plnění ve výši - Kč byla poukázána na úhradu prvního pojistného nově uzavřené pojistné smlouvy pojištění osob číslo: <input type="text"/>
• částka pojistného plnění ve výši - Kč byla použita jako mimořádný vklad pojistné smlouvy pojištění osob číslo: <input type="text"/>
V _____ dne _____ podpis pojištěného, zákonného zástupce