

Oznámení škodní události

Doručeno

Pojištění osob

Stomatologická péče

Pro interní
potřeby
pojistitele

Pokyny pro uplatnění nároku z pojištění stomatologické péče:

- Vyplněný formulář zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s., úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.
- NEZAPOMEŇTE PŘILOŽIT ORIGINÁL ÚČTU OD VAŠEHO OŠETŘUJÍCÍHO ZUBNÍHO LÉKAŘE. Účet musí obsahovat:
 - jméno, příjmení, rodné číslo pojištěného
 - název a kód stomatologického výkonu nebo protetického výrobku
 - jejich cenu
 - číslo zubu, na kterém byl stomatologický výkon proveden
 - ZUM – zvlášť účtovatelný materiál (druh, cena – musí být na účtu specifikováno)
 - jméno, příjmení, sídlo stomatologa, který účet vystavil, podpis a razítko.

Pojištěný

| | | | | | |
|---|----------------------|--------------|----------------------|----|----------------------|
| Uvedte 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: | | Rodné číslo: | | / | |
| Adresa trvalého bydliště: | | | Telefon: | | |
| Kontaktní adresa pro tuto škodní událost: | | | | | |
| E-mail: | | | | | |

Údaje, vztahující se k pojistné události

| |
|---|
| Datum prvního stomatologického ošetření hlášené pojistné události: |
| Jméno a příjmení, adresa a telefon stomatologa, který provedl ošetření: |
| Kdy byla provedena poslední preventivní prohlídka před tímto ošetřením (jméno a příjmení stomatologa, adresa a telefon): |
| Pokud byl příčinou pojistné události úraz, uveďte místo, datum a popis jeho vzniku, kdo případně vyšetřoval (který útvar Policie ČR): |

Prohlašuji, že souhlasím s tím, aby Allianz pojišťovna, a. s. zjišťovala a přezkoumávala můj zdravotní stav a rozsah stomatologických výkonů a protetických výrobků u všech lékařů-stomatologů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se dosud léčil nebo ve kterých se zdravotní stav mého chrupu posuzoval; stejný souhlas vydávám i pro zjišťování informací od zdravotních pojišťoven, ve kterých jsem byl nebo jsem doposud zdravotně pojištěn. Zmocňuji lékaře-stomatology a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, výpisů ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení, a proto zprošťuji povinnosti mlčenlivosti pojistitelem dotazované lékaře-stomatology a zdravotnická zařízení; stejně tak zmocňuji zdravotní pojišťovny ve kterých jsem byl nebo jsem doposud zdravotně pojištěn k podávání informací, na které mám sám právo a zprošťuji jejich pracovníky v této souvislosti povinnosti mlčenlivosti. Prohlašuji, že údaje uvedené shora jsou pravdivé a úplné. 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 poukažte na účet: _____

V _____ dne _____

podpis pojištěného