

Oznámení škodné události

Doručeno

Pojištění osob

Plná invalidita, zproštění od placení pojistného

Pro interní
potřeby
pojistitele

Pokyny pro uplatnění nároku na pojistné plnění v případě plné invalidity a na zproštění od placení pojistného:

- K oznámení škodné události přiložte
 - kopii rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení v Praze o přiznání plného invalidního důchodu osobě, která pojistnou událost uplatňuje
 - kopii záznamu okresní správy sociálního zabezpečení o jednání k posouzení zdravotního stavu ve smyslu zákona o důchodovém pojištění.
- Vyplněný formulář zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s., úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.
- Údaje ve formuláři se zpravidla vztahují k pojištěnému. Výjimku tvoří některá připojištění (zproštění z důvodu plného invalidního důchodu pojistníka), kdy veškeré údaje jsou vyplňovány ve vztahu k pojistníkovi.

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/pojistníka:			Rodné číslo:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa trvalého bydliště:				Telefon:				
Kontaktní adresa pro tuto škodnou událost:								
E-mail:								

Plný invalidní důchod byl přiznán Českou správou sociálního zabezpečení ode dne:
--

Následující odstavec vyplňte pouze v případě invalidity z důvodu úrazu:		
K úrazu došlo dne	hodina	místo
Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo:		
<input type="text"/>		
<input type="text"/>		
Vyšetřovala úraz Policie České republiky? Uveďte přesnou adresu útvaru Policie, příp. jednací číslo případu:		
<input type="text"/>		

Uveďte, prosím, jméno a adresu Vašeho praktického lékaře:
<input type="text"/>

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.
Výplatu pojistného plnění a případného přeplatku na pojistném poukažte na účet: _____
Zprávu o způsobu vyřízení oznámení škodné události zašlete na adresu: _____
V _____ dne _____
podpis pojištěného