Allianz pojišťovna, a. s.
Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8

Allianz

Oznámení škodné události

Pojištění osob

Úmrtí

Doručeno

Pro interní potřeby pojistitele

Pokyny pro uplatnění nároku na pojistné plnění v případě úmrtí pojištěného:

1. K oznámení škodné události přiložte
   – kopii úředně ověřeného úmrtního listu
   – kopii listu o prohlídce mrtvého nebo jakékoliv jiné lékařské zprávy, v níž jsou jasně uvedeny okolnosti a příčiny úmrtí.
2. a) jestliže jsou oprávněnými osobami nezletilé děti, přiložte úředně ověřenou kopii jejich rodných listů, jestliže zákonným zástupcem jsou jiné osoby, než jejich rodiče, přiložte úředně ověřenou kopii rozhodnutí soudu, které uvedené prokazuje.
   b) jestliže jsou oprávněnými osobami zletilé osoby, přiložte fotokopii občanského průkazu ověřenou pojišťovacím agentem.
3. V případě více oprávněných osob napište údaje o oprávněné osobě a o její identifikaci na druhou stranu formuláře, popř. na samostatný formulář.
4. Pokud nebyla určena osoba k převzetí pojistného plnění v případě smrti pojištěného, právo na pojistné plnění vzniká osobám uvedeným podle pořadí v ustanovení § 817/2, 3 občanského zákoníku u pojistných smluv uzavřených do 31. 12. 2004 a u pojistných smluv uzavřených po tomto datu podle ustanovení § 51 odst. 2, 3 zákona o pojistné smlouvě.
5. Vyplněný formulář s příslušnými ověřenými doklady zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s., úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.
6. Pro poskytnutí výplaty pojistného plnění je nutné provést identifikaci příjemce pojistného plnění, kterou provádí pojišťovací zprostředkovatel Allianz pojišťovny, a. s. nebo zaměstnanec Allianz pojišťovny, a. s. Místo identifikace pojišťovacím zprostředkovatelem nebo zaměstnancem pojišťovny může identifikaci podle §10 zákona 253/2008 Sb. provést notář nebo v přenesené působnosti krajský úřad nebo obecní úřad obce s rozšířenou působností.

Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých uplatňujete nárok na pojistné plnění:

1.	2.	3.	
Jméno a příjmení pojištěného:		Rodné číslo:	/
Posledně bytem:			PSČ:
Poslední pracovní zařazení:			

V případě přirozené smrti:

Datum úmrtí:	Příčina úmrtí:
Místo, kde pojištěný zemřel:	
Jméno a adresa posledního praktického lékaře:	

Následující odstavec vyplňte pouze v případě úmrtí z důvodu úrazu:

K úrazu došlo dne	hodina	místo
Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo:		
Vyšetřovala úraz Policie České Republiky? Uveďte přesnou adresu útvaru Policie, příp. jednací číslo případu:		

Notář pověřený k provádění úkonů v dědickém řízení:

Jméno a příjmení:	Adresa:	Telefon:

Oprávněná osoba (osoba uvedená v § 817/2, 3 občanského zákoníku, příp. podle § 51 odst. 2, 3 zákona o pojistné smlouvě):

Jméno:	Příjmení:	Rodné číslo: /
Adresa:		Telefon:
E-mail:		
Plnění poukažte na číslo účtu:		kód banky: Měna, ve které je účet veden:
IBAN:		BIC/SWIFT:
Přeji si aby:		
• částka pojistného plnění ve výši	,- Kč	byla poukázána na úhradu prvního pojistného nově uzavřené pojistné smlouvy pojištění osob číslo:
• částka pojistného plnění ve výši	,- Kč	byla použita jako mimořádný vklad pojistné smlouvy pojištění osob číslo:
V	dne	Podpis oprávněné osoby (zákonného zástupce):

Identifikace – následující část k identifikaci vyplní pojišťovací zprostředkovatel/zaměstnanec Allianz pojišťovny, a. s.

Potvrzuji, že jsem provedl ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. identifikaci příjemce pojistného plnění. Z jeho OP, ŘP či pasu jsem zjistil::			
Jméno a příjmení		rodné číslo	
Místo narození, stát	státní občanství		pohlaví: žena – muž
Trvalý pobyt nebo jiný pobyt (přechodný pobyt, bydliště v cizině)			druh dokladu (OP, ŘP, pas)
Číslo dokladu	doklad vydán kým (úřad – stát)	dne	platnost do
Jméno a příjmení a pracovní číslo osoby, která identifikaci provedla:			
Telefonní číslo:	V	dne	podpis: