

ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ



OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI: INVALIDITA, ZPROŠTĚNÍ OD PLACENÍ POJISTNÉHO

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

1. K oznámení škodní události přiložte:

- kopii rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení v Praze o přiznání invalidního důchodu osobě, která pojistnou událost uplatňuje
- kopii posudku o invaliditě, příp. záznam okresní správy sociálního zabezpečení o jednání k posouzení zdravotního stavu ve smyslu zákona o důchodovém pojištění.

2. Vyplněný formulář zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s. Úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.

3. Údaje ve formuláři se zpravidla vztahují k pojištěnému. Výjimku tvoří některá připojištění (zproštění z důvodu invalidního důchodu pojistníka), kdy veškeré údaje jsou vyplňovány ve vztahu k pojistníkovi.

ČÍSLO SMLOUVY

Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovaný úraz uplatňujete nárok na pojistné plnění.

1. 2. 3.

POJIŠTĚNÝ

Jméno a příjmení Rodné číslo

Adresa trvalého bydliště včetně PSČ Telefon

Kontaktní adresa pro tuto škodní událost E-mail

Preferovaný způsob zaslání notifikací SMS E-mail

PŘIZNÁNÍ INVALIDNÍHO DŮCHODU

Invalidní důchod byl přiznán Českou správou sociálního zabezpečení ode dne:

INVALIDITA Z DŮVODU ÚRAZU

Následující část vyplňte pouze v případě invalidity z důvodu úrazu.

K úrazu došlo: datum hodina místo

Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo.

Vyšetřovala případ policie? Pokud ano, uveďte přesnou adresu útvaru, který věc šetřil, pod jakým číslem jednacím, případně telefon a jméno policisty, který věc vyřizoval.

PRAKTICKÝ LÉKAŘ

Uveďte, prosím, jméno a adresu Vašeho praktického lékaře:

ČÍSLO ÚČTU

Plnění včetně případného přeplatku na pojistném poukažte na účet: číslo účtu / kód banky

PROHLÁŠENÍ A SOUHLASY

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.

POMOZTE NÁM BÝT LEPŠÍMI

Pomozte nám zlepšovat zákaznickou spokojenost, a to nejen Vaši, ale i ostatních zákazníků. Na základě našeho oprávněného zájmu na zlepšování procesu likvidace si vyhrazujeme právo Vás kontaktovat ohledně Vaší zkušenosti s likvidací škody. Rádi bychom Vás informovali, že Vaše hodnocení může být anonymně zobrazeno na webových stránkách Allianz pojišťovny. Hodnocení obsahující jakékoliv osobní údaje, vulgarismy a texty, které by mohly urážet ostatní, mohou být upraveny. Chceme Vás informovat, že máte právo kdykoliv vznést námitku proti zpracování osobních údajů pro výše uvedené účely, které se Vás týkají. Podrobné informace týkající se zpracování dat naleznete na www.allianz.cz/ochrana-udaju.

Místo podpisu

Datum podpisu

Podpis pojištěného / zákonného zástupce