


Oznámení škodní události

Stanovení prognózy onemocnění v konečném stádiu

Pojistná smlouva číslo:

 Uvedte čísla všech pojistných smluv, ze kterých uplatňujete nárok na pojistné plnění.

Polky pro uplatnění nároku na pojistné plnění v případě stanovení prognózy onemocnění v konečném stádiu.

- Pojistnou událostí je jakákoliv nemoc ve stádiu, kdy ji už nelze vyléčit. Podmínky poskytnutí pojistného plnění jsou uvedeny v příslušných pojistných podmínkách.
- Vyplněný formulář spolu s veškerou zdravotní dokumentací zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s., úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8 nebo na info@allianz.cz.



Pojištěný

Jméno, Příjmení

Rodné číslo

Adresa trvalého bydliště

Kontaktní adresa pro tuto škodní událost

Telefon

E-mail

Popis diagnostikovaného onemocnění s uvedením prognózy dle zdravotní dokumentace.

Kdy bylo diagnostikováno?

Kdo stanovil diagnózu? Jméno a adresa lékaře.

Podrobil jste se lékařskému výkonu? Pokud 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 uvedla úplně a pravdivě a že jsem si vědom 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, 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 dokumentaci 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 poukažte na účet

Datum a místo

Podpis pojištěného, zákonného zástupce