

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI: ZÁVAŽNÉ ONEMOCNĚNÍ

Pokyny pro uplatnění nároku na pojistné plnění v případě vzniku závažného onemocnění.

- Pojistná událost vzniká, jestliže v době trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí čekací doby od jeho sjednání, je u pojištěného diagnostikováno některé ze závažných onemocnění nebo se po této době podrobí některému lékařskému výkonu pro závažné onemocnění. Závažná onemocnění jsou uvedena v příslušných pojistných podmínkách.
- Vyplněný formulář zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s., Úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.

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

ZÁVAŽNÉ ONEMOCNĚNÍ

Popis diagnostikovaného závažného onemocnění

Jméno lékaře, který stanovil diagnózu Datum, kdy bylo onemocnění diagnostikováno

Adresa lékaře, který stanovil diagnózu Podrobil jste se lékařskému výkonu? Pokud ano, uveďte kdy a kde.

ČÍSLO ÚČTU PRO ZASLÁNÍ PLNĚNÍ

Plnění poukažte na účet: číslo účtu / kód banky

Použijte: Kč na úhradu prvního pojistného nově uzavřené pojistné smlouvy pojištění osob číslo:

Použijte: Kč jako mimořádný vklad pojistné smlouvy pojištění osob číslo:

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 likvidační 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