

Pokyny pro uplatnění nároku z pojištění stomatologické péče:

1. Vyplněný formulář zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s., Úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.
2. Nezapomeňte přiložit originál účtu od Vašeho ošetřujícího zubního lékaře. Účet musí obsahovat:
 - jméno, příjmení, rodné číslo pojištěného;
 - název a kód stomatologického výkonu nebo protetického výrobku;
 - jejich cenu;
 - číslo zuby, na kterém byl stomatologický výkon proveden;
 - ZUM – zvlášť účtovatelný materiál (druh, cena – musí být na účtu specifikováno);
 - jméno, příjmení, sídlo stomatologa, který účet vystavil, podpis a razítko.

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

STOMATOLOGICKÉ OŠETŘENÍ

Datum prvního stomatologického ošetření hlášené pojistné události

Jméno a příjmení stomatologa, který provedl ošetření

Adresa stomatologa, který provedl ošetření

Uveďte, kdy byla provedena poslední preventivní prohlídka před tímto ošetřením – jméno a příjmení stomatologa, adresa a telefon.

Pokud byl příčinou pojistné události úraz, uveďte místo, datum a popis jeho vzniku.

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

ČÍSLO ÚČTU PRO ZASLÁNÍ PLNĚNÍ

Plnění poukažte na účet: číslo účtu / kód banky

PROHLÁŠENÍ A SOUHLASY

Prohlašuji, že souhlasím s tím, aby Allianz pojišťovna, a. s. zjišťovala a přezkoumávala můj zdravotní stav a rozsah stomatologických výkonů a protetických výrobků u všech lékařů-stomatologů a zdravotnických zařízení, u kterých jsem se dosud léčil nebo ve kterých se zdravotní stav mého chrupu posuzoval; stejný souhlas vydávám i pro zjišťování informací od zdravotních pojišťoven, ve kterých jsem byl nebo jsem doposud zdravotně pojištěn. Zmocňuji lékaře-stomatology a zdravotnická zařízení k vyhotovení lékařských zpráv, výpisů ze zdravotnické dokumentace či k jejich zapůjčení, a proto zprůšťuji povinnosti mlčenlivosti pojistitelem dotazované lékaře stomatology a zdravotnická zařízení; stejně tak zmocňuji zdravotní pojišťovny ve kterých jsem byl nebo jsem doposud zdravotně pojištěn k podávání informací, na které mám sám právo a zprůšťuji jejich pracovníky v této souvislosti povinnosti mlčenlivosti. Prohlašuji, že údaje uvedené shora jsou pravdivé a úplné. 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 oprávněného zájmu Allianz na zlepšování procesu likvidace si Allianz vyhrazuje 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 jakékoli 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