Allianz pojišťovna, a. s.
Římská 103/12, 120 00 Praha 2

Allianz

Oznámení škodné události

Pojištění osob

Plná invalidita, zproštění od placení pojistného

Doručeno

Pro interní potřeby pojistitele

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

1. K oznámení škodné události přiložte
   – kopii rozhodnutí České správy sociálního zabezpečení v Praze o přiznání plného invalidního důchodu osobě, která pojistnou událost uplatňuje
   – kopii záznamu 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, Římská 103/12, 120 00 Praha 2.

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

1. 2. 3.

Jméno a příjmení pojištěného: Rodné číslo: /

Trvalé bydliště: Telefon:

Česká správa sociálního zabezpečení vydala rozhodnutí o přiznání plného invalidního důchodu dne

Plný invalidní důchod byl přiznán Českou správou sociálního zabezpečení ode dne

Následující odstavec vyplňte pouze v případě invalidity 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:

Pokud byl plný invalidní důchod přiznán z důvodu nemoci, uveďte jméno a adresu praktického lékaře pojištěného:

Prohlášení pojištěného (pojistníka):

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.

Podpis pojištěného (pojistníka): _____

Výplatu pojistného plnění poukažte na účet: _____ Podpis pojištěného (pojistníka): _____

Výplatu přeplatku pojistného poukažte na účet: _____ Podpis pojistníka: _____

Zprávu o způsobu vyřízení oznámení škodné události zašlete na adresu: _____

V _____ dne _____ _____

podpis pojištěného

01 / 05.2005