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

Allianz

Oznámení škodné události

Pojištění osob

Závažné onemocnění

Doručeno

Pro interní potřeby pojistitele

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

1. Pojistná událost vzniká, jestliže v době trvání pojištění, nejdříve však po uplynutí šesti měsíců 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 uvedená v příslušných pojistných podmínkách a jsou to: srdeční infarkt, cévní mozková příhoda, rakovina, chronické selhání ledvin, životně nezbytná transplantace důležitých orgánů, operace věnčitých tepen z důvodu ischemické choroby srdeční, operace aorty, operace srdečních chlopní, slepota, úplné a trvalé ochrnutí dvou a více končetin, skleróza multiplex, klíšťová encefalitida, hluchota*).
2. Vyplněný formulář zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s., úsek likvidace pojistných událostí osob, Římská 103/12, 120 00 Praha 2.
3. Při plnění nad 15.000 EUR (cca 450.00 Kč) je nutno provést identifikaci oprávněné osoby ve smyslu zákona č. 61/1996 Sb. v posledním znění. Identifikaci provede pojišťovací zprostředkovatel nebo zaměstnanec.

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

1. | | | | | | | | | | 2. | | | | | | | | | | 3. | | | | | | | | | |

Jméno a příjmení pojištěného: Rodné číslo: | | | | | | / | | | | |

Adresa bydliště: Telefon:

Popis diagnostikovaného závažného onemocnění:

Kdy bylo diagnostikováno?

Kdo stanovil diagnózu? Jméno a adresa lékaře?

Podrobil(a) jste se lékařskému výkonu? Když 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 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.

Plnění poukažte na účet:

Přeji si aby:

- částka pojistného plnění ve výši ,- Kč byla poukázána na úhradu prvního pojistného nově uzavřené pojistné smlouvy pojištění osob číslo: | | | | | | | | | |
- částka pojistného plnění ve výši ,- Kč byla použita jako mimořádný vklad pojistné smlouvy pojištění osob číslo: | | | | | | | | | |

V _____ dne _____

_____
podpis pojištěného

Následující část k identifikaci vyplní pojišťovací zprostředkovatel/zaměstnanec Allianz pojišťovny, a. s.
(vyplňuje se při plnění nad 450 000,- Kč, nevyplňuje se v případě provedení identifikace v nové pojistné smlouvě, na kterou bylo převedeno pojistné plnění):

Potvrzuji, že jsem ve smyslu zákona č. 61/1966 Sb. o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti provedl identifikaci pojištěného a zjistil jsem:

Číslo OP/ŘP/pasu	Vydáno kým	Druh dokladu	Vydáno dne	Platnost do

Identifikaci provedl	Místo a den identifikace	Razítko a podpis osoby, která provedla identifikaci:

01 / 05.2005

*) Hluchota je podle zvláštních pojistných podmínek závažným onemocněním pouze u pojistných smluv uzavřených nejdříve 1. 1. 2005.