

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI: ÚMRTÍ

Pokyny pro uplatnění nároku na pojistné plnění v případě úmrtí pojištěného.

- K oznámení škodní události přiložte:
 - kopii úředně ověřeného úmrtního listu (za úřední ověření považujeme též ověření dokumentu zprostředkovatelem nebo zaměstnancem Allianz pojišťovny, a. s.);
 - kopii listu o prohlídce mrtvého nebo jakékoliv jiné lékařské zprávy, v níž jsou jasně uvedeny okolnosti a příčiny úmrtí.
- Jestliže jsou oprávněnými osobami nezletilé děti, přiložte úředně ověřenou kopii jejich rodných listů, jestliže zákonným zástupcem jsou jiné osoby než jejich rodiče, přiložte úředně ověřenou kopii rozhodnutí soudu, které uvedené prokazuje.
- Pokud nebyla určena osoba k převzetí pojistného plnění v případě smrti pojištěného, právo na pojistné plnění vzniká osobám uvedeným podle pořadí v ustanovení § 817/2, 3 občanského zákoníku u pojistných smluv uzavřených do 31. 12. 2004 a u pojistných smluv uzavřených po tomto datu podle ustanovení § 51 odst. 2, 3 zákona o pojistné smlouvě. Pro smlouvy uzavřené od 1. 1. 2014 právo na pojistné plnění vzniká podle ustanovení § 2831 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.
- Vyplněný formulář s příslušnými ověřenými doklady zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s., Úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.
- Pro poskytnutí výplaty pojistného plnění je nutné provést identifikaci příjemce pojistného plnění, kterou provádí pojišťovací zprostředkovatel Allianz pojišťovny, a. s. nebo zaměstnanec Allianz pojišťovny, a. s. Místo identifikace pojišťovacím zprostředkovatelem nebo zaměstnancem pojišťovny může identifikaci podle § 10 zákona 253/2008 Sb. provést notář nebo v přenesené působnosti krajský úřad nebo obecní úřad obce s rozšířenou působností.

ČÍSLO SMLOUVY

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

1. 2. 3.

POJIŠTĚNÝ

Jméno a příjmení Rodné číslo

Adresa posledního bydliště Poslední pracovní zařazení

PŘIROZENÁ SMRT

Následující část vyplňte pouze v případě přirozené smrti.

Uveďte, prosím, příčinu úmrtí.

Datum úmrtí Místo úmrtí

Jméno posledního praktického lékaře Adresa posledního praktického lékaře

ÚMRTÍ Z DŮVODU ÚRAZU

Následující část vyplňte pouze v případě úmrtí z důvodu úrazu.

K úrazu došlo: datum hodina místo

Popište, prosím, souvisle a podrobně, jak k úrazu došlo.

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

NOTÁŘ POVĚŘENÝ K PROVÁDĚNÍ ÚKONU V DĚDICKÉM ŘÍZENÍ

Jméno a příjmení Adresa

Telefon

OPRÁVNĚNÁ OSOBA

Oprávněnou osobou rozumíme osobu uvedenou v § 817/2, 3 občanského zákoníku, příp. osobu podle § 51 odst. 2, 3 zákona o pojistné smlouvě, příp. osobu podle § 2831 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

Jméno a příjmení	Rodné číslo			
	Telefon			
Adresa	Mobil			
	Preferovaný způsob zaslání notifikací	SMS	E-mail	

ČÍSLO ÚČTU PRO ZASLÁNÍ PLNĚNÍ

Plnění poukažte na účet: číslo účtu / kód banky
IBAN / BIC/SWIFT

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

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

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 zkušeností s likvidací 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 oprávněné osoby
(zákonného zástupce)

IDENTIFIKACE POJIŠŤOVACÍM ZPROSTŘEDKOVATELEM / ZAMĚSTNANCEM POJIŠŤOVNY

Tuto část vyplní pojišťovací zprostředkovatel / zaměstnanec Allianz pojišťovny, a. s.

Potvrzují, že jsem provedl ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. identifikaci příjemce pojistného plnění z jeho OP, ŘP či pasu jsem zjistil následující.

Příjemce plnění

Pohlaví	Muž	Žena	Druh dokladu	OP	ŘP	Pas	Číslo
Jméno			Doklad vydán: kým				dne
Příjmení			Platnost dokladu				Je-li platnost dokladu bez omezení, vyplňte „bez omezení“.
RČ			Osoba, která provedla identifikaci				
Místo narození			Jméno a příjmení				
Stát narození			Telefon				
Státní občanství			Sjednatelské číslo				
Trvalý pobyt nebo jiný pobyt (přechodný pobyt, bydliště v cizině)							

Místo podpisu

Datum podpisu

Podpis osoby, která provedla identifikaci