

# ŽIVOTNÍ POJIŠTĚNÍ



## OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI: STANOVENÍ PROGNÓZY ONEMOCNĚNÍ V KONEČNÉM STÁDIU

### Pokyny pro uplatnění nároku na pojistné plnění v případě stanovení prognózy onemocnění v konečném stádiu.

- Pojistnou událostí je jakákoliv nemoc ve stádiu, kdy ji už nelze vyléčit. Podmínky poskytnutí pojistného plnění jsou uvedeny v příslušných pojistných podmínkách.
- Vyplněný formulář spolu s veškerou zdravotní dokumentací 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

### POJIŠTĚNÝ

Popište, prosím, diagnostikované onemocnění s uvedením prognózy dle zdravotní dokumentace.

Datum, kdy bylo onemocnění diagnostikováno

Jméno lékaře, který stanovil diagnózu

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

### 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 zprošťuji 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 zprošťuji 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 znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně znění, mého zdravotního 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 zkušeností 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](http://www.allianz.cz/ochrana-udaju).

Místo podpisu

Datum podpisu

Podpis pojištěného / zákonného zástupce