

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI: POBYT V NEMOCNICI

1. Vyplněný formulář zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s., Úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.
2. K vyplněnému formuláři přiložte fotokopii propouštěcí zprávy nebo potvrzení nemocnice, od kdy do kdy trvala hospitalizace a její důvod.

ČÍSLO SMLOUVY

Uveďte čísla všech pojistných smluv, ze kterých za oznamovanou hospitalizaci 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

POBYT V NEMOCNICI

Datum nástupu do nemocnice Datum propuštění z nemocnice
Důvod Předpokládaná doba pobytu, pokud pobyt trvá

Název a adresa zdravotnického zařízení, ve kterém jste byl hospitalizován

ČÍSLO ÚČTU PRO ZASLÁNÍ PLNĚNÍ

Plnění poukažte na účet: číslo účtu / kód banky

PROHLÁŠENÍ A SOUHLASY

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.

POMOŽTE 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 zkušenosti 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 pojištěného / zákonného zástupce