

## Oznámení škodné události

Doručeno

Pojištění osob

## Stomatologická péče

Pro interní  
potřeby  
pojistitele

### Pokyny pro uplatnění nároku z pojištění stomatologické péče:

- Vyplněný formulář zašlete na adresu Allianz pojišťovna, a. s., úsek likvidace pojistných událostí osob, Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8.
- NEZAPOMEŇTE PŘILOŽIT ORIGINÁL ÚČTU OD VAŠEHO OŠETŘUJÍCÍHO ZUBNÍHO LÉKAŘE. Účet musí obsahovat:
  - jméno, příjmení, rodné číslo pojištěného
  - název a kód stomatologického výkonu nebo protetického výrobku
  - jejich cenu
  - číslo zubu, na kterém byl stomatologický výkon proveden
  - ZUM – zvlášť účtovatelný materiál (druh, cena – musí být na účtu specifikováno)
  - jméno, příjmení, sídlo stomatologa, který účet vystavil, podpis a razítko.

### Pojištěný

Uvedte čísla všech pojistných smluv, ze kterých uplatňujete nárok na pojistné plnění:					
1.	<input type="text"/>	2.	<input type="text"/>	3.	<input type="text"/>
Jméno a příjmení:		Rodné číslo:		/	
Adresa trvalého bydliště:			Telefon:		
Kontaktní adresa pro tuto škodnou událost:					
E-mail:					

### Údaje, vztahující se k pojistné události

Datum prvního stomatologického ošetření hlášené pojistné události:
Jméno a příjmení, adresa a telefon stomatologa, který provedl ošetření:
Kdy byla provedena poslední preventivní prohlídka před tímto ošetřením (jméno a příjmení stomatologa, adresa a telefon):
Pokud byl příčinou pojistné události úraz, uveďte místo, datum a popis jeho vzniku, kdo případně vyšetřoval (který útvar Policie ČR):

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 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: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

podpis pojištěného