

k POJIŠTĚNÍ SCHOPNOSTI SPLÁCET ÚVĚR

PRACOVNÍ NESCHOPNOST

Jméno a příjmení pojištěného:	Datum narození:
Bydliště:	
E-mail:	Telefon:
Pojistná smlouva č.:	Úvěrová smlouva č.:

VYPLNÍ POJIŠTĚNÝ (doplňte požadované údaje)

Datum uzavření úvěrové smlouvy:			
Kdy jste v souvislosti s nemocí či úrazem, pro kterou nárokujete plnění, poprvé navštívil lékaře:			
Jaká byla stanovena diagnóza:			
Adresa a jméno lékaře, který diagnózu stanovil:			
Kdo a kdy vystavil doklad o pracovní neschopnosti? (jméno a adresa lékaře):			
Léčil/a jste se pro uvedené onemocnění v minulosti?	ANO	NE	pokud ANO, uveďte, kdy a kde:
Trvá pracovní poměr k datu přiznání pracovní neschopnosti?	ANO	NE	
Došlo k datu přiznání pracovní neschopnosti k právním úkonům směřujícím k jeho ukončení?	ANO	NE	
Máte další pojištění na porovnatelné riziko, která se mohou vztahovat na tuto pojistnou událost?	ANO	NE	pokud ANO, uveďte:
Název pojišťovny:	Číslo pojistné smlouvy:		
Nahlásili jste pojistnou událost i do této pojišťovny?	ANO	NE	
K úrazu nebo k počátku onemocnění došlo dne:	hodina:	místo:	
Popište, prosím, souvisle a podrobně jak k úrazu došlo:			
Která část těla byla poraněna?	Byla tato část těla postižena již před tímto úrazem?	ANO	NE
Jména a adresy případných svědků:			
Jste registrovaný sportovec?	ANO	NE	
Pokud ano, uveďte ve kterém sportu a v jaké soutěži:			
K vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte následující dokumenty:			
<ul style="list-style-type: none"> Kopie úvěrové smlouvy Vyplněná lékařská zpráva s uvedenou diagnózou část B. tohoto formuláře Kopie „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti (tzv. neschopenky) Propouštěcí zpráva z nemocnice (došlo-li k hospitalizaci) Potvrzení o trvání pracovní neschopnosti pro vyplácení nemocenských dávek (tzv. lístek na peníze) Kopie usnesení policie ČR (Protokolu Policie ČR) - v případě, že k pojistné události došlo v souvislosti s dopravní nehodou, popř. jinou událostí, kterou šetřila policie ČR 			
Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pojištěný (pacient/ka).			

Prohlášení pojištěného:

Prohlašuji, že všechny údaje uvedené v tomto oznámení 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 povinnosti mlčenlivosti dotazované lékaře a pracovníky zdravotnických zařízení. Souhlasím též s tím, aby si pojistitel vyžádal i jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od policie, soudu apod.). Beru na vědomí informace o zpracování osobních údajů pojistitelem, které jsou mi k dispozici také na webových stránkách pojistitele.

Datum:

Podpis pojištěného:

k POJIŠTĚNÍ SCHOPNOSTI SPLÁCET ÚVĚR

PRACOVNÍ NESCHOPNOST

LÉKAŘSKÁ ZPRÁVA část B. VYPLNÍ LÉKAŘ (dle dostupné zdravotní dokumentace)

Pacient/ka:

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Zdravotní stav pacienta/ky:

Diagnóza (zn. MKN-10 i slovně):

Pracovní neschopnost byla způsobena	nemocí	nemocí z povolání	pracovním úrazem	úrazem
Jde o první záchyt onemocnění nebo úrazu	ANO	NE	Datum prvního záchytu:	
Jde o následky úrazu z minulosti	ANO	NE	Datum vzniku úrazu:	
Došlo během léčení ke změně diagnózy	ANO	NE	Na jakou a kdy:	
Jde o první záchyt změněné diagnózy	ANO	NE	Datum prvního záchytu:	
Došlo k úrazu následkem požití alkoholu nebo návykových látek	ANO	NE	Bylo zjištěno: v krvi v moči:	% alkoholu
Souvisí současná pracovní neschopnost s následujícím onemocněním nebo jeho následky:				
• onemocnění páteře	ANO	NE		
• problémy psychického rázu	ANO	NE		

Průběh a způsob léčení:

Komplikace:

Je pacientem dodržován léčebný režim? Pokud ne, jak byl porušen?

Pacient/ka má:

ZPS	od	diagnóza	nebo je v jednání
ID	od	diagnóza	nebo je v jednání

Datum vystavení:

Razítko a podpis lékaře:

Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pojištěný (pacient/ka).

Vyplněný, podepsaný formulář a podklady prosím zašlete na e-mailovou adresu: pojistenisplatek@allianz.com nebo na korespondenční adresu:

AWP P&C Česká republika – odštěpný závod zahraniční právnické osoby, Oddělení likvidace pojistných událostí, Jankovcova 1596/14b, 170 00 Praha 7, Česká republika.

AWP P&C SA

se sídlem 93400 Saint-Ouen, 7, Rue Dora Maar, Francouzská republika registrační číslo 519 490 080 O.R.Bobigny zapsaná u obchodního soudu v Bobigny pod správním č. 2016B01853, podnikající v České republice prostřednictvím

AWP P&C Česká republika – odštěpný závod zahraniční právnické osoby

AWP P&C Česká republika – odštěpný závod zahraniční právnické osoby

se sídlem: Praha 7, Jankovcova 1596/14b, PSČ 17000, IČ: 276 33 900 je zapsaná v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 56112
Email: pojistenisplatek@allianz.com
Tel.: +420 283 002 887