

# k POJIŠTĚNÍ SCHOPNOSTI SPLÁCET ÚVĚR

## SMRT NÁSLEDKEM ÚRAZU

### VYPLNÍ POZŮSTALÁ OSOBA (doplňte požadované údaje)

Jméno a příjmení pojištěného:		Datum narození:	
Bydliště:			
Pojistná smlouva č.:		Úvěrová smlouva č.:	
Jméno a příjmení pozůstalé osoby:			
Bydliště:			
E-mail:		Telefon:	
Váš vztah k pojištěnému :		manželka jiný – uveďte:	
Datum uzavření úvěrové smlouvy:			
Kdy nastala pojistná událost? (datum)			
Vyšetřovala úraz Policie ČR?		ANO	NE
Uveďte souvislý a podrobný popis, jak k úrazu došlo:			
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 vyplněnému a podepsanému formuláři přiložte následující dokumenty:

- Kopie úvěrové smlouvy
- Vyplněná lékařská zpráva s uvedenou diagnózou část B. tohoto formuláře
- Kopie dokladu „Úmrtní list“ pojištěného
- Kopie lékařem vyplněného dokladu „List o prohlídce zemřelého“ (s čitelnou adresou lékaře)
- Kopie dokladu „Pitevní zpráva“ (pokud byla provedena soudní pitva)
- 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. Pokud událost šetřila policie v zahraničí, pak je potřeba předložit zprávu v úředně ověřeném překladu.

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

### Prohlášení pozůstalého:

Prohlašuji, že všechny své osobní údaje uvedené v tomto oznámení jsem uvedl/a dobrovolně, úplně a pravdivě a že jsem si vědom/a důsledků nepravdivých nebo neúplných údajů. Beru na vědomí informace o zpracování osobních údajů pojistitelem, které jsou mi k dispozici také na webových stránkách pojistitele.

Datum:

Podpis pozůstalého:

Vyplněný, podepsaný formulář a podklady prosím zašlete na e-mailovou adresu: [pojistenisplatek@allianz.com](mailto: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 561 12

Email: [pojistenisplatek@allianz.com](mailto:pojistenisplatek@allianz.com)  
Tel.: +420 283 002 887

# k POJIŠTĚNÍ SCHOPNOSTI SPLÁCET ÚVĚR

## SMRT NÁSLEDKEM ÚRAZU

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

<b>Pacient/ka:</b>				
Jméno a příjmení:			Datum narození:	
Datum úmrtí:				
Diagnóza (zn. MKN-10 i slovně:				
Úmrtí způsobeno	nemocí	nemocí z povolání	pracovním úrazem	úrazem
Šlo o první záchyt onemocnění nebo úrazu	ANO	NE	Datum prvního záchytu:	
Šlo o následky úrazu z minulosti	ANO	NE	Datum vzniku úrazu:	

Datum vystavení:

Razítko a podpis lékaře:

#### Náklady na vystavení tohoto potvrzení nese pozůstalý.

Vyplněný, podepsaný formulář a podklady prosím zašlete na e-mailovou adresu: [pojistenisplatek@allianz.com](mailto: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](mailto:pojistenisplatek@allianz.com)  
Tel.: +420 283 002 887