

Oznámení pojistné události – Invalidita

Číslo dohody o pojištění:

Číslo pojistné události:

Pojištěný

Příjmení a jméno:

Pohlaví: muž žena

Rodné číslo:

Místo a stát narození:

Státní občanství:

Forma pobytu: trvalý jiný

Trvalá adresa:

.....

.....

Korespondenční adresa:

.....

Email:

Telefon:

Zaměstnání:

Číslo průkazu totožnosti:

Druh průkazu totožnosti:

Platnost průkazu:

Orgán, který průkaz totožnosti vydal:

Příčina invalidity

nemoc

úraz

Datum a čas úrazu:

Podrobný popis průběhu a okolností úrazu:

.....

.....

.....

Byly okolnosti úrazu vyšetřovány Policií ČR?
(pokud ano, přiložte kopii protokolu)

Jaká nemoc vedla k invaliditě?

.....

.....

Místo úrazu:

Jaké poranění jste utrpěl/a?

.....

.....

.....

ANO NE

Ošetřující lékaři

Praktický lékař:

Jméno:

Adresa:

.....

Telefon:

Lékař, který vyšetřoval nemoc nebo úraz:

Jméno:

Adresa:

.....

Telefon:

Další okolnosti

Byl/a jste v době vzniku pojistné události invalidní?

ANO

NE

Lékař, který navrhl invaliditu

Pokud ano, přiložte fotokopii Posudku o invaliditě a uveďte:

Jméno:

Adresa:

Stupeň invalidity:

.....

Datum přiznání invalidity

Telefon:

Podstoupil/a jste v posledních 5 letech speciální lékařské vyšetření nebo operaci?

ANO

NE

(Pokud máte, doložte fotokopii lékařské dokumentace a uveďte podrobnosti).

Podrobnosti:

.....

.....

Údaje pro výplatu pojistného plnění

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené dohody o pojištění. Plnění poukažte na následující účet (číslo účtu/kód banky):

.....

Jsem oprávněným vlastníkem tohoto účtu ANO NE

Pokud ne, uveďte vlastníka a Váš vztah k němu:

.....

Prohlášení

Jsem Nejsem politicky exponovaná osoba ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb. nebo její osobou blízkou. (Pokud jste, zašlete vyplněné **Čestné prohlášení politicky exponovaná osoba**).

Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny.

Datum

Podpis

Oznámení můžete zaslat na ahoj@mutumutu.cz, nebo na: Mutumutu, s.r.o., Letenské sady 1500/80, 170 00 Praha 7.

K oznámení pojistné události přiložte:

- posudek Okresní/Městské/Pražské správy sociálního zabezpečení o přiznání invalidity, včetně dokladů o důvodu přiznání invalidity

Kdyby bylo třeba, ozvěte se

Pokaždé, když budete potřebovat probrat cokoli vzhledem k Vašemu pojištění nebo životní situaci, obraťte se přímo na nás, Mutumutu.

telefon
800 810 210

e-mail
ahoj@mutumutu.cz

messenger
m.me/MutumutuCz

