

Oznámení škodné události

Číslo
škodné
události

--

Cestovní pojištění a asistenční služby

Odpovědnost za škodu

Doručeno:

Číslo pojistné smlouvy	
------------------------	--

1. Příjmení a jméno pojištěného		Žena		Muž
2. Datum narození		Rodné číslo		/
3. Bydliště pojištěného			PSČ	
4. Kontaktní adresa				
5. Kontaktní telefon		E-mail		
6. Povolání				
7. Jméno kontaktní osoby / zák. zástupce u dítěte		Telefon		
8. Adresa				

9. Příjmení a jméno poškozeného		Žena		Muž
10. Datum narození				
11. Bydliště poškozeného			PSČ	
12. Kontaktní telefon		Povolání		

13. Datum a hodina vzniku škody	Místo	Země	
14. Pobyt od	do	účel cesty	
15. Příčina vzniku škody	Odpovědnost za škodu na zdraví	Odpovědnost za škodu na věci	
16. Stala se škoda při sportu	ANO	NE	Při jakém
17. Jste registrovaný sportovec	ANO	NE	Ve kterém sportu
18. Kdo škodu způsobil (jméno, příjmení, datum nar., adresa)			
19. Hlášeno na policii			
	ANO	NE	Příložte policejní protokol
20. Jména a adresy případných svědků			
21. Uplatňujete tuto škodu u jiné instituce			
	ANO	NE	Název instituce
22. Máte sjednáno další pojištění odpovědnosti			
	ANO	NE	Název pojišťovny

23. Popis vzniku škody
24. Zdravotnické zařízení, které poskytlo první pomoc (pouze u škody na zdraví)

25. Žijete s poškozenou osobou ve společné domácnosti		ANO		NE				
26. Je mezi vámi nebo splupojištěným a poškozenou osobou	a) příbuzenský vztah		ANO	NE				
	b) smluvní vztah		ANO	NE				
27. Přichází v úvahu vina či spoluvina poškozené osoby			ANO	NE				
28. Je možná oprava poškozených věcí		ANO	NE	Byly věci před vznikem události poškozeny		ANO		NE
29. S kým si může likvidátor smluvit termín prohlídky (Jméno, adresa, telefon)								

30. Byl vůči vám uplatněn nárok na náhradu škody		ANO		NE	Kdy		Písemně – přiložte
31. Uhradil(a) jste poškozené osobě nějakou částku		ANO		NE	Komu	Částka	Měna
32. Je dle vašeho názoru výše škody odpovídající		ANO		NE	(uvedte vaše stanovisko ve zvláštní příloze)		

Nárokované předměty

Poř. čís.	ks	Popis nárokované věci	Z P O*)	Vlastník	Datum pořízení měsíc / rok	Pořizovací cena	Výše škody
Při nedostatku místa uveďte ve zvláštní příloze			*) Z – zničená P – poškozena O – odcizena			Požadovaná částka v Kč celkem	

Příkládám	Policejní protokol	Zápis o škodě	Fotodokumentaci	Lékařskou zprávu
	Originál dokladu o zakoupení	Doklad o opravě	Prohlášení poškozeného	
	Jiný doklad o vzniklé škodě			
Dle Všeobecných pojistných podmínek pro cestovní pojištění je pojištěný povinen na žádost pojistitele zajistit na vlastní náklady úřední překlad dokladů nezbytných k šetření pojistné události.				

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 škodných 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, 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.

Pojistné plnění poukažte na

Příjmení a jméno	Rodné číslo	/
Adresa	PSČ	
Korunový účet	Kód banky	Specifický symbol
Zahraniční účet – název a adresa banky		
IBAN	SWIFT	
V	dne	Podpis pojištěného
Jméno a podpis zákonného zástupce u dětí / pojistníka		