

Oznámení škodné události

Číslo
škodné
události

--



Cestovní pojištění a asistenční služby

Zavazadla, odpovědnost za škodu a jinou újmu

Doručeno:

Doklady k předložení: pojistná smlouva, doklad o pořízení věci, policejní protokol, originály letenek či jízdenek

Číslo pojistné smlouvy:																													
Příjmení a jméno pojištěného:																													
Adresa:																													
Datum narození:										Rodné číslo:																			
Povolání:										Tel. domů:										do zaměstnání:									

Příjmení a jméno poškozeného:																													
Datum narození:										Rodné číslo:																			
Bydliště:																													
Povolání:										Tel. domů:										do zaměstnání:									

1. Datum a hodina vzniku škody/újmy										místo										země									
2. Kdo škodu/újmu způsobil? (jméno, příjmení, adresa, datum nar.)																													
3. Byla hlášena škoda/újma na policii										ANO					NE					– uveďte adresu:									
číslo vyš. spisu:																													

4. Informace o cestě:										Země pobytu										CK										Účel cesty														
5. Doprava:										vlak					bus					letadlo					auto					loď					6. Pobyť od do									
7. Příčina vzniku PU:																																												
živelní událost					vloupání do vozidla					ztráta zavazadel při přepravě					úraz					odpovědnost za škodu na věci																								
loupež					vloupání ostatní					dopravní nehoda					odpovědnost za újmu na zdraví					odpovědnost za škodu – ostatní																								

8. Stručný popis průběhu škody/újmy:																			

9. Jména a adresy svědků:																			

10. Vyplněte pouze při škodě na věcech z pojištění zavazadel i odpovědnosti, poškozené věci uschovejte jako důkaz pro likvidátora:

Poř. čís.	ks	Poškozené věci – stručný popis	Z P O*)	Vlastník	Datum pořízení měsíc / rok	Pořizovací cena	Výše škody, příp. náklady na opravu nebo čištění

Při nedostatku místa uveďte údaje na zvláštní příloze.

*) Z – zničená P – poškozena O – odcizena

Předpokládaná výše škody:

--

10.1. Je možná oprava poškozených věcí	ANO	NE	- kterých:
10.2. Byly věci před vznikem pojistné události poškozeny?	ANO	NE	

11. S kým si může likvidátor smluvit termin prohlídky?
Jméno, adresa, telefon:

12. Byly zjištěny stopy násilí	ANO	NE	- jaké
13. Bylo proti pojištěnému použito násilí	ANO	NE	

Vyplňte pouze v případě odpovědnosti za škodu/újmu:

14. Žijete s poškozenou osobou ve společné domácnosti	ANO	NE	
-------------------------------------------------------	-----	----	--

15. Je mezi Vámi nebo spolupojištěným a poškozenou osobou			
příbuzenský vztah	ANO	NE	- jaký
smluvní vztah	ANO	NE	- jaký

16. Přichází v úvahu vina či spoluzavinění poškozené osoby?	ANO	NE	- jaká
-------------------------------------------------------------	-----	----	--------

17. Byl vůči Vám uplatněn nárok na náhradu škody/újmy?							
	ANO	NE	kdy	ústně		pisemně	- přílože

18. Je výše požadované náhrady podle Vašeho názoru odpovídající			
	ANO	NE	- Vaše stanovisko uveďte na zvláštní příloze

19. Uhradil(a) jste poškozené osobě nějakou částku?	ANO	NE	kolik:
-----------------------------------------------------	-----	----	--------

Újmy na zdraví:

20. Jak došlo ke zranění?
21. Který lékař nebo zdravot. zařízení poskytlo první pomoc?

22. Máte sjednáno jiné pojištění poskytující pojistnou ochranu proti Vámí uvedené újmě ?	ANO	NE	
23. Uplatňujete u tohoto pojistitele náhradu škody/újmy	ANO	NE	
24. Název a adresa pojišťovny			
25. Typ a číslo pojistné smlouvy			

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.

Plnění poukažte na jméno a adresu: _____

na korunový účet: _____

V _____ dne _____

podpis pojištěného (jeho zákonného zástupce, případně pojistníka)