

## Oznámení škodné události

Číslo  
škodné  
události

--

Cestovní pojištění a asistenční služby

## Zavazadla, odpovědnost za škodu

Doručeno:

**Doklady k předložení:** pojistná smlouva, doklad o pořízení věcí, 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										místo										země									
2. Kdo škodu způsobil? (jméno, příjmení, adresa, datum nar.)																													
3. Byla hlášena škoda 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 škodu na zdraví										odpovědnost za škodu – ostatní									

8. Stručný popis průběhu škody:																													

9. Jména a adresy svědků:																													

10. Vypíšte 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 termín 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:**

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?							
	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:
---	-----	----	--------

**Škody 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 Vámi uvedené škodě?	ANO	NE	
23. Uplatňujete u tohoto pojistitele náhradu škody	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 kopii dokladu o pracovní neschopnosti a jiné informace nezbytné ke stanovení rozsahu pojistného plnění (od zaměstnavatele, správy sociálního zabezpečení, Policie ČR, obecní policie, soudu, obecního a městského úřadu 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 účet: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dne \_\_\_\_\_

podpis pojištěného (jeho zákonného zástupce, případně pojistníka)