

Číslo pojistné smlouvy



Oznámení pojistné události – pojištění odpovědnosti – vyplňuje Poškozený

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář ve všech bodech
2. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
3. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Klientského servisu 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení zašlete písemně na adresu: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Hvězdova 1689/2a, 140 62 Praha 4 nebo emailem na adresu kp@axa-assistance.cz

| | |
|---|---|
| Číslo pojistné smlouvy: | |
| Pojištění odpovědnosti z činnosti v běžném občanském životě <input type="checkbox"/> | Pojištění odpovědnosti vlastníka, držitelů, nájemce nebo správce nemovitosti <input type="checkbox"/> |
| ÚDAJE O POJIŠTENÉM: | |
| Příjmení a jméno pojištěného: | |
| Rodné číslo / Datum narození: | |
| Adresa bydliště vč. PSČ: | |
| Korespondenční adresa (liší-li se od adresy bydliště): | |
| Telefonní číslo: | Emailová adresa: |
| ÚDAJE O POŠKOZENÉM | |
| Příjmení a jméno poškozeného / název firmy: | |
| Rodné číslo / Datum narození / IČO | |
| Adresa bydliště / sídlo firmy vč. PSČ: | |
| Telefonní číslo: | Emailová adresa: |
| Vztah k pojištěnému: | |
| KONTAKTNÍ OSOBA: | |
| Příjmení a jméno kontaktní osoby: | |
| Rodné číslo / Datum narození: | IČO: |
| Telefonní číslo: | Emailová adresa: |
| Vztah k pojištěnému: Zákonný zástupce <input type="checkbox"/> | Zastoupení na základě zmocnění <input type="checkbox"/> |
| ÚDAJE O POJISTNÉ UDÁLOSTI: | |
| Datum vzniku pojistné události: | Datum a čas zjištění: |
| Místo vzniku škody (ulice, č. domu, obec, PSČ): | |
| Kdo první zjistil vznik škody (uvedte prosím jméno a telefonní číslo): | |
| Blížeší identifikace místa vzniku škody (např. část budovy, patro, místnost, č. bytu atd.): | |

ÚJMA NA ZDRAVÍ – ŠKODA NA VĚCI

Prosíme, popište podrobně, jak došlo k újmě, co bylo příčinou újmy, co bylo poškozeno:

DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE K POJISTNÉ UDÁLOSTI

Jste vlastníkem věci, která byla poškozena nebo zničena? ANO NE

Byla škoda způsobena úmyslně? ANO NE

Hlásil jste škodu Policii nebo Hasičskému záchrannému sboru? ANO NE

Pokud ano, uveďte datum kdy?

Budete náhradu újmy uplatňovat z jiného pojištění? ANO NE

Pokud ano, uveďte název pojistitele a adresu:

Poživoval jste fotodokumentaci poškozených, zničených nebo odcizených věcí? ANO NE

Před vznikem škody: ANO NE Po vzniku škody: ANO NE

PŘÍLOHY

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zpráva Policie | <input type="checkbox"/> Zpráva HZS |
| <input type="checkbox"/> Fotodokumentace: | <input type="checkbox"/> Odborné posudky: |
| <input type="checkbox"/> Doklady prokazující vlastnictví poškozené, zničené věci | <input type="checkbox"/> Jiné |
| <input type="checkbox"/> Doklady o opravě poškozené, zničené věci / koupě věci: | |

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy.

Pojistné plnění poukažte na běžný účet: číslo účtu / kód banky:

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 pojistitele. Současně potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažených v Informačním memorandu pojistitele a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na jeho internetových stránkách www.kb-pojistovna.cz. Souhlasím, aby Komerční pojišťovna, a.s. jako pojistitel v souladu s občanským zákoníkem sama nebo prostřednictvím pověřeného lékaře získávala údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace, od mého lékaře, zdravotní pojišťovny či jakéhokoliv orgánu veřejné moci. Zmocňuji pojistitele, aby si od těchto osob či orgánů zjišťoval informace o mém zdravotním stavu, nahlížel do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, požadoval z nich výpisy či opisy, a to i po mé smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu zprošťuji uvedené osoby a orgány jejich zákonně či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Zmocňuji podle § 50 a § 51 tr. řádu (§ 33 spr. řádu) pracovníka Komerční pojišťovny, a.s., nebo AXA Assistance CZ, s.r.o. aby ve smyslu § 65 tr. řádu (§ 38 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené pojistné události nahlížel do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činil z něho výpisky a požadoval si na vlastní náklady kopie.

V _____ dne

 Podpis poškozeného/ zákonného zástupce