

## Oznámení škodné události – z pojištění ZAVAZADEL, ODPOVĚDNOSTI, STORNA ZÁJEZDU u cestovního poj.

### Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář ve všech bodech. **Bez kompletního vyplnění formuláře nelze zahájit šetření pojistné události a podstatně se prodlouží doba likvidace.**
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.
4. Oznámení zašlete na adresu: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Office Park Nová Karolina, 28. října 3348/65, 702 00 Ostrava nebo prostřednictvím svého bankovního poradce v Komerční bance, a. s.

UDAJE O POJISTENEM		
Číslo pojistné smlouvy:		
Příjmení a jméno pojištěného:	Rodné číslo*:	
Místo narození:	Pohlaví: muž žena	
Státní občanství:	Forma pobytu: trvalý jiný	
Adresa trvalého bydliště vč. PSČ:	Telefon:	
Korespondenční adresa (liší-li se od adresy trvalého bydliště):	E-mail:	
Jste současně pojištěn/a na stejné riziko jiným pojištěním?	ano ne	
Název pojišťovny:	Číslo smlouvy:	
Datum počátku cesty:	Datum návratu z cesty:	
DRUH ŠKODY		
Poškození zavazadel a věcí osobní potřeby	Odpovědnost za škodu	
Zpoždění zavazadel	Služby související s motorovým vozidlem	
Zpoždění letu	Na lyžařském nebo golfovém vybavení / sportovním vybavení	
Právní pomoc a kauce	Na vybavení na obchodní cesty / elektronice	
Zrušení cesty		
POPIS ŠKODNĚ UDALOSTI		
Datum události:	Čas:	Místo události:
Byla pojistná událost zaviněna jinou osobou?	<input type="checkbox"/> ano	<input type="checkbox"/> ne
Podrobný popis průběhu a okolností pojistné události:		
Kontaktoval/a jste asistenční službu? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
ROZSAH POŠKOZENÍ		
I. Vyplní se v případě škody z pojištění zavazadel a/nebo pojištění odpovědnosti za škodu a/nebo lyžařského, golfového / sportovního vybavení nebo vybavení na obchodní cesty / škody na elektronice		
Které věci byly odcizeny, zničeny nebo poškozeny a jaká je předpokládaná výše škody, kde se věci nalézají, jakým způsobem byly věci odcizeny, kdo je vlastníkem věcí:		

**II. Vyplní se jen v případě škodní události vzniklé z pojištění odpovědnosti za škodu.****Škůdce** (ten, kdo vznik škodní události způsobil) - jméno (název firmy):

Adresa (bydliště, sídlo firmy):

Rodné číslo nebo IČ:

tel.:

u občanů příbuzenský vztah k pojištěnému:

**Poškozený** - jméno (název firmy):

Adresa (bydliště, sídlo firmy):

Rodné číslo nebo IČ:

tel.:

u občanů příbuzenský vztah k pojištěnému:

Žije s Vámi ve společné domácnosti?  ano  ne

Byla-li škoda způsobena nezletilým nebo osobou, která není schopna posoudit následky svého jednání, uveďte fyzickou nebo právnickou osobu, která byla povinna vykonávat nad nimi v době vzniku škody dohled.

Jméno (název firmy):

Adresa (bydliště, sídlo firmy):

**Nárok poškozeného** - náhrada byla žádána:

Kým (přesné jméno, název firmy, adresa bydliště nebo sídlo firmy):

Od koho:

Kdy (datum, způsob, příp. přiložte písemný doklad):

V jaké výši Kč:

Považujete požadavek za oprávněný  ano  ne

Důvod:

Byla škoda Vámi uhrazena:  ano  neV jaké výši Kč:  
nebo vyřízena jinou formou (jakou):Má poškozený sjednáno vlastní pojištění majetku:  ano  ne U kterého pojistitele:

Výše limitu pojistného plnění:

Číslo pojistné smlouvy:

**Při škodě na zdraví** (adresa zdravotnického zařízení, kde byl poškozený ošetřen nebo léčen):

Rozsah poranění (v případě smrti označení osob vypravujících pohřeb a osob odkázaných na poškozeného výživou - jméno, rodinný vztah, přesná adresa):

**III. Vyplní se jen v případě škodní události z pojištěním storna zájezdu**

Zájezd zakoupen dne:

U cestovní kanceláře:

Termín: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

Číslo zájezdu:

Datum zrušení zájezdu:

Důvod zrušení zájezdu:

**ÚDAJE PRO VYPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ\*\***

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy.

**Pojistné plnění poukažte:**

na běžný účet (pojistné plnění nelze převádět na termínovaný nebo spořicí účet), účet musí být veden na území České republiky:

**Číslo účtu / kód banky:**

Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? ano ne

Pokud ne, uveďte prosím vlastníka účtu a vztah pojištěného / zákonného zástupce k němu:

na adresu (uveďte jméno, příjmení, ulice, číslo orientační a popisné, PSČ, místo-pošta), adresa musí být na území České republiky:

Jedná-li se o jinou než trvalou či korespondenční adresu, uveďte prosím důvod zaslání právě na tuto adresu:

**PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ**

Tímto dodatečně projevuji souhlas s uzavřením pojistné smlouvy pojistníkem. Prohlašuji, že pojistná smlouva byla uzavřena v můj prospěch, jako pojištěné osoby z této smlouvy. 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.

Souhlasím, aby pojišťovna 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 jakéhokoli orgánu veřejné moci. Zmocňuji pojišťovnu, aby si od těchto osob či orgánů zjišťovala informace o mém zdravotním stavu, nahlížela do mé zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o mém zdravotním stavu, pořizovala 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 zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

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

Podpis pojištěného / zákonného zástupce

(Zástupce pojišťovny totožnost před podpisem Oznámení ověřil dle průkazu totožnosti)

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

Podpis zástupce pojišťovny

**Zástupce pojišťovny:**

Obchodní místo:

Příjmení, jméno:

Telefon:

Officer kód:

KB

\* vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno

\*\* **pojistné plnění lze vyplatit vždy pouze na jednu adresu nebo na jeden bankovní účet** (není možné plnění zasílat na více adres či účtů)