Allianz Travel

CESTOVNÍ POJIŠTĚNÍ

Oznámení škodní události
Zavazadla, odpovědnost za škodu a jinou újmu

AWP P&C SA se sídlem 93400 Saint-Ouen, 7 Rue Dora Maar, Francouzská republika, registrační číslo 519 490 080 O.R.Bobigny, zapsaná u obchodního soudu v Bobigny pod správním č. 2016B01853, podnikající v **České republice prostřednictvím AWP P&C Česká republika – odštěpný závod zahraniční právnické osoby,** se sídlem: **Praha 7, Jankovcova 1596/14b, PSČ 17000, IČ: 276 33 900, zapsaný v obchodním rejstříku vedeném Městským soudem v Praze, oddíl A, vložka 56112.**

Číslo škodní události:		Doručeno:	

Doklady k předložení: doklad o pořízení věcí, policejní protokol, originály letenek či jízdenek

Číslo pojistné smlouvy:			
Příjmení a jméno pojištěného:			
Datum narození:	. .	Rodné číslo:	/
Zák. zástupce / kontaktní osoba:			
Adresa:		PSČ:	
Telefon:		E-mail	

Příjmení a jméno poškozeného:			
Datum narození:	. .	Rodné číslo:	/
Zák. zástupce / kontaktní osoba:			
Adresa:		PSČ:	
Telefon:		E-mail	

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	Číslo vyš. spisu:	
Uveďte adresu:				
4. Informace o cestě:				
Země pobytu:			Účel cesty:	

5. Doprava:	Vlak		Autobus		Letadlo		Auto		Loď	
6. Pobyt	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. Vyplňte pouze při škodě na věcech z pojištění zavazadel i odpovědnosti, poškozené věci uschovejte jako důkaz pro likvidátora:

Poř. čís.	Ks	Poškozené věci – stručný popis	ZPO*	Vlastník	Datum pořízení měsíc/rok	Pořizovací cena	Výše škody, příp. náklady na opravu nebo čištění
Předpokládaná výše škody:							

* Z – zničena P – poškozena O – odcizena
Při nedostatku místa uveďte údaje na zvláštní příloze.

10.1. Je možná oprava poškozených věcí	Ano	Ne	Kterých:	
10.2. Byly věci před vznikem pojistné události poškozeny?	Ano	Ne	Jaké:	
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/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? – přiložte	Ano	Ne
Kdy:		
Ústně/Písemně:		
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 Vámi 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 škodních 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 dle nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 (GDPR), v platném znění, správcem osobních údajů vztahujících se k mnou uplatněným nárokům z této škodní události, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Bližší informace o způsobu a době zpracování Vašich osobních údajů naleznete na www.allianz-partners.cz.

Pojistné plnění poukažte:

Na jméno a adresu: _____

Na korunový účet: _____ Kód banky: _____

Datum: _____ Podpis: _____