

Údaje poškozeného

Jméno a příjmení		Rodné číslo	
Datum narození		Stát. občanství	
IČO		Název firmy	
Číslo pojistné smlouvy			

Bydliště / sídlo poškozeného

Ulice (místo)		Č.p. / Č.or.	
Obec		PSČ / ZIP	
Stát			
Telefon		E-mail	

Uvedením emailové adresy souhlasím s jejím použitím pojišťovnou pro komunikaci týkající se této škodné události.

Plátce DPH	Ano	Ne
Žil poškozený v době události ve společné domácnosti s pojištěným?	Ano	Ne
Bylo poškozenému již něco proplaceno?	Ano	Ne

Ještě potřebujeme vědět, jaký máte vztah s pojištěnou osobou.

Pojistné plnění má být zasláno

Předčíslí, číslo účtu a kód banky		-		/	
Jste majitelem uvedeného čísla účtu?	Ano	Ne			

Pokud nejste, uveďte následující údaje o majiteli účtu, na které má být pojistné plnění zasláno

Majitel účtu

Jméno a Příjmení /Název firmy		Rodné číslo / IČO	
Datum narození		Stát. občanství / Země registrace	

Bydliště / Sídlo

Ulice (místo)		Č.p. / Č.or.	
Obec		PSČ / ZIP	
Stát			

Prohlášení poškozeného

Prohlašuji, že jsem toto oznámení vyplnil/a pravdivě a že uvedené údaje jsou správné a odpovídají skutečnosti a prohlašuji, že jsem v souvislosti s výše uvedenou škodou neuplatnil/a ani v budoucnu neuplatním nárok na její úhradu z jiného smluvního pojištění nebo vůči jinému subjektu.

Zprošťuji tímto orgány činné v trestním řízení, hasičský záchranný sbor a záchrannou službu povinnosti mlčenlivosti a opravňuji je k poskytování informací pojistiteli nebo jím pověřené osobě v souvislosti s výše uvedenou událostí. Současně zmocňuji pojistitele nebo jím pověřenou osobou k nahlížení do soudních, policejních nebo jiných úředních spisů a protokolů ve všech probíhajících nebo ukončených řízeních, vedených v souvislosti s výše uvedenou událostí, jakož i k pořizování opisů, výpisů a kopií a dále k nahlížení do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti se šetřením škod a výplatou pojistných plnění. To vše i v období po mé smrti.

Zároveň beru na vědomí, že pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mu budou poskytnuty veškeré podklady a doklady potřebné pro rozhodnutí o vzniku nároku na pojistné plnění.

Souhlasím s tím, aby mé osobní údaje uvedené v tomto oznámení, jakož i sdělené pojistiteli nebo pojistníkovi nebo administrátorovi pojistných událostí v souvislosti s výše uvedenou událostí byly zpracovány pojistitelem jako správcem osobních údajů, nebo administrátorem pojistných událostí jako zpracovatelem osobních údajů. Osobní údaje budou zpracovávány pro účely pojišťovací činnosti a činnosti související s pojišťovací činností, včetně šetření pojistné události, jakož i za účelem plnění práv a povinností ze závazkového vztahu, a to po dobu nezbytně nutnou k naplnění účelu zpracování a po dobu, po kterou je pojistitel povinen údaje uchovávat; zároveň prohlašuji, že jsem byl/a řádně informován/a v souladu s ust. § 11, 12 a 21 zákona o ochraně osobních údajů, o zpracování mých osobních údajů, jakož i o mých právech a povinnostech správce a zpracovatelů, včetně práva můj souhlas kdykoliv částečně nebo úplně odvolat a zavazuji se oznámit jakoukoliv změnu osobních údajů. Dále zprošťuji mlčenlivosti pojistitele ve vztahu k zajištění pro potřeby zajištění pojistitele.

Pokud došlo ke škodě na životě nebo zdraví, současně souhlasím s tím, aby pojistitel nebo administrátor pojistných událostí zpracovával výše uvedeným způsobem i údaje o mém zdravotním stavu a zmocňuji pojistitele k nahlížení do zdravotnické dokumentace, jakož i k pořizování výpisů, opisů a kopií. Zavazuji se poskytnout pojistiteli nebo jím pověřené osobě veškeré požadované informace a podklady, jakož i zprávy ošetřujících lékařů. Dále tímto zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji lékaře, zdravotnická zařízení, jakož i zdravotní pojišťovny a orgány sociálního zabezpečení k poskytnutí informací a dokladů vztahujících se k uvedené události, a to i v období po mé smrti.

Prohlašuji, že veškeré mnou uvedené údaje jsou správné a odpovídají skutečnosti.

V

Dne

Podpis pojištěného

Podepisujte, pouze pokud formulář tisknete.
Dokument netisknete, pokud posíláte elektronicky.

Za účelem mimosoudního řešení sporu v neživotním pojištění se lze obrátit na Českou obchodní inspekci (www.adr.coi.cz). Podmínkou zahájení postupu mimosoudního řešení sporu před Českou obchodní inspekci je skutečnost, že se stěžovateli nepodařilo vyřešit spor přímo s pojišťovnou. Další možností pro mimosoudní řešení spotřebitelských sporů v oblasti neživotního pojištění je i Kancelář ombudsmana České asociace pojišťoven. Více informací naleznete na www.ombudsmancap.cz



Pol. č.	Popis poškozených zničených, odcizených, nebo ztracených věcí.	Počet kusů	Cena celkem (Kč)	Označte písmenem, zda věc byla zničená – Z nebo poškozená – P (případně uveďte odhad znehodnocení v %)	Kde byla poškozená/zničená věc umístěna? (např. byt, dům, garáž, sklep, balkon, pozemek atd.)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

Celkem

Byly poškozeny cizí věci?

Ano

Ne

Je poškozená, zničená nebo odcizená věc předmětem zástavy nebo vinkulace?

Ano

Ne

Pokud ano, u kterého?

Bude nebo byl uplatněn nárok na pojistné plnění u jiného pojistitele?

Ano

Ne