

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI Z CESTOVNÍHO POJIŠTĚNÍ POJIŠTĚNÍ ZAVAZADEL

1. ČÍSLO POJISTNÉ SMLOUVY a ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

číslo pojistné smlouvy, na základě které si uplatňujete nárok na náhradu škody:

POJIŠTĚNÝ

jméno:	příjmení:	rodné číslo/datum narození:
adresa trvalého bydliště:		
ulice, číslo:	obec:	PSČ:
Telefon*:	e-mail:	
korespondenční adresa (pokud je jiná než trvalé bydliště):		
ulice, číslo:	obec:	PSČ:

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCE (vyplňte v případě, že pojištěný je neplnoletá osoba)

jméno:	příjmení:	rodné číslo/ účetní číslo
korespondenční adresa:		
ulice, číslo:	obec:	PSČ:
Telefon*:	e-mail:	

*na uvedené číslo Vám bude zároveň zaslána sms notifikace o uzavření škodní události

2. POPIS UDÁLOSTI

škodní událostí je:

poškození, zničení zavazadla
 odcizení zavazadla
 ztráta zavazadla
 opožděné dodání zavazadla let. společností
 poškození, zničení, odcizení, ztráta cestovního dokladu

vznik škody:

datum (den, měsíc, rok): čas: místo (stát, město, ulice, adresa ubytovacího zařízení, letiště):

zjištění škody:

datum (den, měsíc, rok): čas: místo (stát, město, ulice, adresa ubytovacího zařízení, letiště):

v souvislosti s událostí byla kontaktována asistenční společnost EuroCross Assistance Czech Republic:

ne ano datum: čas:

událost byla hlášena policii:

ne ano přesný název a adresa policie:

podrobný popis vzniku a rozsahu škody:

SEZNAM POŠKOZENÝCH, ZNIČENÝCH, ODCIZENÝCH, ZTRACENÝCH NEBO ZAKOUPENÝCH VĚCÍ

název poškozené, zničené, odcizené anebo ztracené věci	název věci zakoupené z důvodu meškání dodání zavazadla	datum zakoupení	nabývací cena		účet přiložen (uvedte ano / ne)
			suma	měna	

nárok na náhradu škody jsem si uplatnil/a současně i vůči dopravci zodpovědnému za škodu:

ne ano přesný název a adresa dopravce:

v případě, že došlo k odcizení zavazadla z motorového vozidla anebo k jeho ztrátě při autonehodě uveďte:

ŠPZ motorového vozidla: ~~XXXXXXXXXXXX~~ jméno a adresa majitele vozidla:

jednotlivé odcizené věci byly ve vozidle uloženy v:

v čase události jsem se nacházel/a v:

3. PLNĚNÍ

tento druh pojištění mám dojednaný i v jiné pojišťovně:

ne ano přesný název a adresa pojišťovny:

v uvedené pojišťovně jsem si uplatnil nárok na náhradu škody: ne ano

plnění žádám poukázat na:

účet číslo účtu: kód a název banky:

majitel účtu (jméno a adresa):

adresu (uvedte úplnou adresu, na kterou žádáte plnění zaslat):

4. DOKLADY

Přiložte všechny doklady, které v souvislosti s touto událostí máte. (V budoucnosti předložte všechny doklady, které ve věci obdržíte anebo o které Vás pojišťovatel požádá.)

přiložené doklady v originále:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> pojistná smlouva (druhopis nebo kopie) | <input type="checkbox"/> doklad o úhradě za opravu škody / doklad o nemožnosti opravy škody |
| <input type="checkbox"/> nabývací doklady (účty) k věcem | <input type="checkbox"/> doklady o úhradě nákladů na pořízení náhradního cestovního dokladu v zahraničí |
| <input type="checkbox"/> potvrzení dopravce o vzniku a rozsahu škody | <input type="checkbox"/> palubní vstupenka (cestovní lístek) |
| <input type="checkbox"/> potvrzení ubytovatele o vzniku a rozsahu škody | <input type="checkbox"/> zavazadlový lístek |
| <input type="checkbox"/> potvrzení dopravce o čase opožděného dodání zavazadla | <input type="checkbox"/> policejní správa |
| <input type="checkbox"/> potvrzení dopravce o bezvýsledném hledání, ztrátě, zavazadla (obdržíte na žádost asi 4 týdny po oznámení o nedodání dopravci) | <input type="checkbox"/> jiné (uvedte) |

Pojištěný si je vědomi, že pojišťovna je oprávněná dle platných právních předpisů o ochraně osobních údajů zpracovat mé osobní údaje uvedené v tomto oznámení za účelem likvidace škodní události.

Prohlašuji, že sem se obeznámil/a se základními informacemi o ochraně osobních údajů pro dotknutou osobu umístěnými na www.unionpojistovna.cz

Prohlašuji, že veškeré údaje uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a nic nebylo zamlčeno. Jsem si vědom, že nepravdivost odpovědí může zbavit pojišťovnu povinnosti plnění. Zmocňuji Union poist'ovnu, a.s. k výkonu administrativních a právních úkonů potřebných k šetření a k likvidaci události.

V dne

.....
podpis pojištěné osoby

(v případě, že pojištěná osoba je neproletá, podpis jejího zákonného zástupce)