

Oznámení pojistné události – cestovní pojištění Pojištění odpovědnosti

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 Kontaktního centra 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení spolu s dalšími dokumenty můžete zaslat poštou na adresu: **AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Office Park Nová Karolina, 28. října 3348/65, 702 00 Ostrava** nebo e-mailem na adresu kptravel@axa-assistance.cz.

ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM

Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) ¹⁾ :
Místo narození:	Pohlaví: <input type="checkbox"/> Muž <input type="checkbox"/> Žena
Stát narození:	Státní občanství:
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:	Forma pobytu: <input type="checkbox"/> Trvalý <input type="checkbox"/> Přechodný
Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):	
Zdravotní pojišťovna:	
Zákonný zástupce u pojištěného dítěte (jméno, příjmení, rodné číslo/datum narození):	
Držitel karty (jméno, příjmení, rodné číslo / datum narození):	
Vztah pojištěného k držiteli karty:	<input type="checkbox"/> Osoba blízká <input type="checkbox"/> Spolucestující
Žijete s pojištěným ve společné domácnosti?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Datum počátku pojištění __ / __ / __	Datum konce pojištění __ / __ / __
Datum počátku cesty/zájezdu __ / __ / __	Datum konce cesty/zájezdu __ / __ / __
E-mail:	Telefon:
Preferovaný způsob komunikace:	<input type="checkbox"/> e-mail <input type="checkbox"/> pošta
Číslo průkazu totožnosti:	Druh průkazu totožnosti: <input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> Jiný ²⁾ (uveďte)
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	
Platnost průkazu od __ / __ / __ do __ / __ / __	
Byla kontaktována asisteční společnost?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne
Pokud ano, uveďte datum, kdy? __ / __ / __	

OBEČNÉ ÚDAJE O UDÁLOSTI

Datum vzniku události: |_|_|/|_|_|/|_|_|_|_|

Místo:

Stát:

Čas:

Podrobný popis průběhu okolností události uveďte níže nebo na samostatnou přílohu:

ÚDAJE O ŠKŮDCI

Kdo újmu způsobil:

 pojištěný dítě jiná osoba zvíře

Příjmení a jméno:

Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození)¹⁾:

Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:

 Trvalý Přechodný

E-mail:

Telefon:

ÚDAJE O POŠKOZENÉ OSOBĚ

Příjmení a jméno:

Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození)¹⁾:

Název firmy:

IČ:

Vzah k pojištěnému:

Žijete s pojištěným ve společné domácnosti?

Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu nebo sídlo firmy:

 Trvalý Přechodný

E-mail:

Telefon:

NÁHRADU ŠKODY POŽADUJE (vyplňte, nejedná-li se o stejnou osobu jako poškozený)

Příjmení a jméno:

Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození)¹⁾:

Název firmy:

IČ:

Vzah k pojištěnému:

Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu nebo sídlo firmy:

 Trvalý Přechodný

E-mail:

Telefon:

 POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI ZA ÚJMU – ŠKODA NA VĚCI – ROZSAH ŠKODY

Prosíme níže nebo na samostatnou přílohu uveďte:

- Výši škody, popř. cenu za opravu vybavení
- Popis sportovního/golfového /jiného vybavení
- Druh a rozsah poškození
- Stáří vybavení
- Druh a rozsah poškozeného vozidla
- Výše kauce
- Stáří vozidla
- Pronájem vozidla (smlouva o pronájmu)

POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI ZA ÚJMU – ŠKODA NA ZDRAVÍ – ROZSAH ŠKODY

Prosíme, níže nebo na samostatnou přílohu uveďte:

- Druh úrazu, rozsah poranění
- Adresu a název zdravotnického zařízení, kde byl poškozený ošetřován
- Pokud vznikla škoda na zvířeti, uveďte rozsah poškození a náklady na léčbu
- Výši nákladů na lékařské ošetření v příslušné měně

ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVENMáte uzavřenou pojistnou smlouvu pro stejný typ pojištění u jiné pojišťovny? ano ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku a zda uplatňujete nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.

Má poškozený sjednáno vlastní pojištění na riziko, ze kterého újma vznikla? ano ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku a zda uplatňuje nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.

DOKLADY K POJISTNÉ UDÁLOSTI

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> doklady o zaplacení | <input type="checkbox"/> pořizovací doklad |
| <input type="checkbox"/> policejní protokol | <input type="checkbox"/> lékařské zprávy |
| <input type="checkbox"/> jiné | <input type="checkbox"/> smlouva o pronájmu |

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Žádám o výplatu pojistného plnění. Pojistné plnění poukažte:

 Číslo účtu _____ / _____ (kód banky)Jedná se o účet, jehož jste oprávněným vlastníkem? ano ne Pokud NE, uveďte prosím:

Jméno a příjmení vlastníka účtu: _____

Datum narození: _____ Adresa bydliště, včetně státu: _____

 Adresa (uveďte jméno, příjmení, ulici, číslo orientační a popisné, PSČ, místo – poštu), adresa musí být na území České republiky:

Jedná-li se o adresu jinou než trvalého nebo jiného pobytu či korespondenční adresu, uveďte současně prosím důvod zaslání právě na tuto adresu.

PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ

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.

Prohlašuji, že v případě nezletilého dítěte jsem zákonným zástupcem pojištěného dítěte a mám na jeho pojištění pojistný zájem. Souhlasím, abyste si sami nebo prostřednictvím vámi pověřeného lékaře získávali údaje o mém zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace od mého lékaře, zdravotní pojišťovny, jakéhokoliv orgánu veřejné moci či jiného pojistitele, u kterých mám já sjednáno jiné životní či úrazové pojištění. V případě hlášení Pojistné události týkající se osob Spolucestujících nebo Osob blízkých nás pojistník zmocňuje (resp. jejich jménem zmocňuje), abychom obdobně získávali údaje o jejich zdravotním stavu, včetně jakékoliv zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jejich zdravotním stavu od uvedených osob a orgánů zjišťovali informace o jejich zdravotním stavu, nahlíželi do jejich zdravotnické dokumentace a jiných záznamů o jejich zdravotním stavu, pořizovali z nich výpisy či opisy, a to i po jejich smrti. Pro účely tohoto zmocnění a v jeho rozsahu Spolucestující nebo Osoby blízké zprošťují (resp. jejich jménem Pojistník zprošťuje) uvedené osoby a orgány jejich zákonné či smluvní povinnosti mlčenlivosti, a to i ve smyslu zákona číslo 372/2011 Sb., o zdravotních službách.

Zmocňujete vy nebo Spolucestující nebo Osoby blízké 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 výpisy a pořizoval si na vlastní náklady kopie.

Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.

Současně já a Spolucestující nebo Osoby blízké potvrzujeme, že nám byly poskytnuty a jsou nám známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažené v Informačním memorandu pojistitele a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na našich internetových stránkách www.kbpojistovna.cz/informacni-memorandum.

V případě preferované komunikace prostřednictvím e-mailu poskytuji souhlas k zaslání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto oznámení pojistné události. Odesláním oznámení pojistné události e-mailem beru na vědomí, že se jedná o nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebírá pojistitel až jejich přijetím na jeho poštovní server.

V případě, kdy se osobní údaje (zejména e-mailová adresa, telefonní kontakt, korespondenční nebo trvalá adresa) o mně nebo pojištěných osobách, které pojistitel zpracovává, liší od údajů uvedených v tomto oznámení, beru na vědomí, že budou aktualizovány.

Datum

Jméno a příjmení pojištěného/ zákonného zástupce

Podpis pojištěného/ zákonného zástupce

- 1) vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno
2) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.
*) nehodící se škrtněte