

Oznámení pojistné události – cestovní pojištění Pojištění cestovních zavazadel a dokladů

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"/> Přečasný
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 asistenní společnost? <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	
Pokud ano, uveďte datum, kdy? __ _ / __ _ / __ _ _ _	

OBECNÉ ÚDAJE

Škoda vznikla v důsledku:

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> živelní události | <input type="checkbox"/> krádeže, loupeže | <input type="checkbox"/> zničení pojištěné věci |
| <input type="checkbox"/> jiné přírodní katastrofy nebo vodovodní škodou | <input type="checkbox"/> dopravní nehody | <input type="checkbox"/> ztráty, odcizení zavazadel předaných dopravci |

 POJIŠTĚNÍ DOKLADŮ

Škoda vznikla na:

-
- cestovních dokladech
-
- dokladech od vozidla, včetně řidičského průkazu

Popis vzniku škody:

 POJIŠTĚNÍ ZAVAZADEL A VĚCÍ OSOBNÍ POTŘEBY – ROZSAH ŠKODY

Prosíme uveďte níže nebo na samostatnou přílohu:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Seznam věcí• Popis věci• Druh a rozsah poškození• Jakým způsobem byly věci odcizeny/zničeny | <ul style="list-style-type: none">• Majitel věci• Pořizovací cena (doklad)• Stáří věci• Cena za opravu, popř. za znovupořízení |
|--|---|

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.

DOKLADY K POJISTNÉ UDÁLOSTI

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> seznam poškozených / odcizených věcí | <input type="checkbox"/> pořizovací doklady od poškozených / odcizených věcí |
| <input type="checkbox"/> potvrzení dopravce o převzetí zavazadel | <input type="checkbox"/> účtenky za náhradní doklady |
| <input type="checkbox"/> policejní protokol | <input type="checkbox"/> ostatní / jiné |

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: _____

Důvod, proč má být výplata provedena na účet jiné osoby (nemá vlastní účet, společný účet v domácnosti apod.)
_____ 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 pojistovny.

Prohlašuji, že v případě nezletilého dítěte jsem zákonným zástupcem pojistěného 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 pojištník 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, požadovali 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 Pojištník 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 požadoval si na vlastní náklady kopie.

Pojistitel si vyhradzuje 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 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