Allianz pojišťovna, a. s.
Úsek cestovního pojištění
Ke Štvanici 656/3, 186 00 Praha 8, tel. 224 405 111, fax 242 455 410, e-mail LCP@allianz.cz

Allianz

Oznámení škodné události

Číslo škodné události

Cestovní pojištění a asistenční služby

Odpovědnost za škodu

Doručeno:

Číslo pojistné smlouvy	

1. Příjmení a jméno pojištěného		Žena		Muž
2. Datum narození . .		Rodné číslo /		
3. Bydliště pojištěného		PSČ		
4. Kontaktní adresa				
5. Kontaktní telefon		E-mail		
6. Povolání				
7. Jméno kontaktní osoby / zák. zástupce u dítětě		Telefon		
8. Adresa				

9. Příjmení a jméno poškozeného		Žena		Muž
10. Datum narození . .				
11. Bydliště poškozeného		PSČ		
12. Kontaktní telefon		Povolání		

13. Datum a hodina vzniku škody		Místo		Země	
14. Pobyt od	do	účel cesty			
15. Příčina vzniku škody		Odpovědnost za škodu na zdraví		Odpovědnost za škodu na věci	
16. Stala se škoda při sportu		ANO		NE	Při jakém
17. Jste registrovaný sportovec		ANO		NE	Ve kterém sportu
18. Kdo škodu způsobil (jméno, příjmení, datum nar., adresa)					
19. Hlášeno na policii		ANO		NE	Přiložte policejní protokol
20. Jména a adresy případných svědků					
21. Uplatňujete tuto škodu u jiné instituce		ANO		NE	Název instituce
22. Máte sjednáno další pojištění odpovědnosti		ANO		NE	Název pojišťovny

23. Popis vzniku škody
24. Zdravotnické zařízení, které poskytlo první pomoc (pouze u škody na zdraví)

T. č. 111.01 / 03.2007

25. Žijete s poškozenou osobou ve společné domácnosti		ANO		NE							
26. Je mezi vámi nebo splupojištěným a poškozenou osobou a) příbuzenský vztah				ANO		NE					
b) smluvní vztah				ANO		NE					
27. Přichází v úvahu vina či spoluvina poškozené osoby				ANO		NE					
28. Je možná oprava poškozených věcí		ANO		NE	Byly věci před vznikem události poškozeny			ANO		NE	
29. S kým si může likvidátor smluvit termín prohlídky (Jméno, adresa, telefon)											

30. Byl vůči vám uplatněn nárok na náhradu škody		ANO		NE	Kdy		Písemně – přiložte
31. Uhradil(a) jste poškozené osobě nějakou částku		ANO		NE	Komu	Částka	Měna
32. Je dle vašeho názoru výše škody odpovídající		ANO		NE (uveďte vaše stanovisko ve zvláštní příloze)			

Nárokované předměty

Poř. čís.	ks	Popis nárokované věci	Z P O*)	Vlastník	Datum pořízení měsíc / rok	Pořizovací cena	Výše škody
Při nedostatku místa uveďte ve zvláštní příloze			*) Z – zničena P – poškozena O – odcizena			Požadovaná částka v Kč celkem	

Přikládám		Policejní protokol		Zápis o škodě		Fotodokumentaci		Lékařskou zprávu	
		Originál dokladu o zakoupení		Doklad o opravě		Prohlášení poškozeného			
		Jiný doklad o vzniklé škodě							
Dle Všeobecných pojistných podmínek pro cestovní pojištění je pojištěný povinen na žádost pojistitele zajistit na vlastní náklady úřední překlad dokladů nezbytných k šetření pojistné události.									

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 škodných 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 z hlediska zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, v platném znění, správcem a zpracovatelem osobních údajů, včetně osobních údajů o mém zdravotním stavu. Souhlasím s tím, aby pojistitel tyto údaje o zdravotním stavu zpracovával po celou dobu trvání nároků z tohoto pojištění.

Pojistné plnění poukažte na

Příjmení a jméno									Rodné číslo							/					
Adresu														PSČ			
Korunový účet						Kód banky						Specifický symbol					
Zahraniční účet – název a adresa banky																	
IBAN											SWIFT						
V					dne								Podpis pojištěného				
Jméno a podpis zákonného zástupce u dětí / pojistníka																	