

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI - NÁHODNÉ POŠKODENIE ALEBO ZNIČENIE MOBILNÉHO TELEKOMINIKAČNÉHO ZARIADENIA (MZ)

Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti (ďalej aj „PU“), ktorú chcete nahlásiť:

Číslo poistnej zmluvy/poistenia: / Spoločnosť, v ktorej bolo MZ kúpené:

Ak ide o fyzickú osobu:

Meno a priezvisko poisteného: č. dokladu totožnosti: Štátna príslušnosť poisteného:

Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu poisteného (v tvare IBAN) a názov banky

..... - podpisom tohto tlačiva prehlasujem, že som majiteľom vyššie uvedeného účtu

Kontaktná adresa poisteného:

Ak ide o právnickú osobu:

Obchodné meno: sídlo:

IČO:

Osoba oprávnená konať za PO:

Meno a priezvisko:

Adresa: č. dokladu totožnosti:

Kontaktné údaje poisteného – telefónne číslo : e-mail :

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto poistnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom) áno nie

Bankové spojenie pre príp. výplatu poistného plnenia – číslo bankového účtu poisteného v tvare IBAN a názov banky:

..... – podpisom tohto tlačiva prehlasujem, že som majiteľom vyššie uvedeného účtu

Druh MZ (značka, model)..... IMEI/výrobné číslo..... telefónne číslo:.....

Dátum kedy k náhodnému poškodeniu alebo zničeniu MZ došlo (deň, mesiac, rok):

Podrobne popíšte (ak viete) ako došlo k poškodeniu alebo zničeniu MZ (najmä kým alebo čím bolo poškodenie spôsobené, pri akej činnosti alebo za akých okolností, kde sa nachádzalo MZ v čase poistnej udalosti a pod):

Rozsah poškodenia:

Je MZ funkčné a použiteľné:

áno nie

K strate funkčnosti MZ došlo v dôsledku:

poruchy poškodenia

Je poškodenie viditeľné?

áno nie

Prejavilo sa poškodenie náhle:

áno nie opakovane odkedy.....

Ide o prvú stratu funkčnosti:

áno nie (uvedte druh predchádzajúceho poškodenia a kedy)

Beriem na vedomie, že moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení poistnej udalosti sú spracovávané v zmysle poistných podmienok viažucich sa k predmetnému poistnému vzťahu v súlade so zákonom č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov. Účelom spracúvania osobných údajov sú výlučne činnosti v zmysle zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve. Okruh príjemcov je zverejnený na internetovej stránke poisťiteľa www.bnpparibascardif.sk. Dotknutá osoba má právo domáhať sa svojich práv v súvislosti so spracovávaním osobných údajov spôsobom a v rozsahu stanovenom zákonom o ochrane osobných údajov. Práva dotknutej osoby sú uvedené v § 28 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov. Zároveň beriem na vedomie, že spoločnosť Orange Slovensko, a.s., IČO: 35697270, so sídlom Metodova 8, 821 08 Bratislava, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka číslo 1142/B, ako podriadený finančný agent spolupracuje s poisťovňou Cardif Slovakia, a.s. v súlade s § 2 ods. 1 písm. d) z.č. 186/2009 Z.z. o finančnom sprostredkovaní a poradenstve pri vybavovaní nárokov a plnení plynúcich z poistnej udalosti nahlásenej prostredníctvom tohto Oznámenia poistnej udalosti.

Prehlasujem, že mnou poskytnuté údaje a informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a zánik poistenia. Neposkytnutie požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné šetrenie poistnej udalosti ukončiť.

V prípade, že súčasne s týmto oznámením je podaná aj reklamácia, poistený berie na vedomie, že poistnú udalosť bude poisťovateľ prešetrovať až po riadnom ukončení reklamačného procesu. Za deň nahlásenia poistnej udalosti sa považuje deň skončenia reklamačného procesu.

Závážne vyhlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že s finančnými prostriedkami, ktoré mi budú potenciálne poskytnuté z titulu poistného plnenia budem nakladať v súlade s právnym poriadkom Slovenskej republiky, na svoj účet a vo svojom mene.

Poisťovňa Cardif Slovakia, a.s.

Bratislava Business Centrum V., Plynárenská 7/C, 821 09 Bratislava, tel.: 421-2-5824 0011, fax: 421-2-5824 0019, <http://www.cardif.sk>, cardiflovakia@cardif.com

IČO: 36 53 49 78, IČDPH: SK2021475885, Zap. v OR OS Bratislava I, odd. Sa, vl. č. 2547/B

Dátum vyplnenia:

Podpis poisteného :