

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI - EXISPORT

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

Druh oznamovanej poistnej udalosti: úraz pri bicyklovaní krádež poisteného bicykla

Názov spoločnosti: EXIsport, s.r.o.

Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok): Číslo poistenia :

Meno a priezvisko poisteného (osoby, ktorej nastala PU): Rodné číslo poisteného :

Kontaktná adresa poisteného : štátna príslušnosť poisteného

Kontaktné údaje poisteného – telefónne číslo* : e-mail* : č. dokladu totožnosti.....

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

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

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

Meno a priezvisko a adresa kontaktnej osoby* -

Došlo k PU vplyvom alkoholu, liekov či omamných látok? nie áno, uveďte akých

Bola PU vyšetrovaná políciou: nie áno, uveďte názov, adresu vyšetrojúceho orgánu, číslo vyšetrovacieho spisu:

Názov poisťovne, kde je dojednané zdravotné poistenie: Máte uzatvorené aj iné poistenie, ak áno v akej poisťovni ?

Meno, priezvisko, bydlisko a vzťah k poistenému, na ktorého meno je vydaná zákaznícka karta a číslo zákazníckej karty (prípadne, že poistený nie je priamo držiteľom zákazníckej karty)

Stručný popis poistnej udalosti (za akých okolností k nej došlo):

Poistený je povinný pri každej poistnej udalosti hlásenej poisťiteľovi predložiť:

- doklad o kúpe bicykla obsahujúci informáciu o poistení
- vyplnený a podpísaný formulár „Oznámenie poistnej udalosti“

Okrem vyššie uvedených dokladov, je poistený povinný poskytnúť poisťiteľovi:**1. V prípade úrazu**

- lekársku správu alebo prepúšťiaciu správu obsahujúcu popis o tom, kedy a za akých okolností došlo k úrazu poisteného od odborného lekára.
- v prípade, že následkom úrazu nastane trvalá invalidita - kópiu dokladu „Rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku“ vystaveného poistenému Sociálnou poisťovňou
- v prípade, že v dôsledku úrazu vzniknú náklady na prevoz poisteného do nemocnice originály účtov potvrdzujúcich úhradu nákladov na prevoz poisteného do nemocnice

- v prípade, že následkom úrazu dôjde k vzniku finančnej straty v dôsledku náhodného poškodenia tovaru alebo zničenia poisteného bicykla aj

a) doklad zo servisu o obhliadke poškodeného bicykla, obsahujúci vyjadrenie o rozsahu poškodenia a o tom či sa jedná o záručnú opravu a presnú identifikáciu bicykla);

b) po tom čo poisťiteľ uznal nárok na poistné plnenie:

- doklad o zaplatení za opravu bicykla, ak bol bicykel opravovaný
- doklad o kúpe nového bicykla, ak bol bicykel zničený

2. V prípade krádeže poisteného bicykla

- potvrdenie o podaní trestného oznámenia orgánom činným v trestnom konaní, v ktorom musia byť uvedené okolnosti krádeže ako aj identifikačné údaje poisteného bicykla (napr. značka, model, sériové číslo) a predložiť poisťiteľovi. V prípade, že k poistnej udalosti došlo v zahraničí, je poistený povinný ohlásiť udalosť na najbližšom úradnom mieste k tomu určenom a poisťiteľovi doložiť kópiu dokladu o takomto oznámení.

Beriem na vedomie, že moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení poistnej udalosti sú spracovávané v zmysle poistných podmienok viazucich 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.

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. Za týmto účelom splnomocňujem Poisťovňu Cardif Slovakia, a.s., aby v mojom mene nadviazala kontakt s ošetrovateľmi, zdravotníkmi zariadeniami a Sociálnou poisťovňou a vyžiadala si od nich všetky potrebné informácie, týkajúce sa môjho zdravotného stavu. Podpisom tohto oznámenia poistnej udalosti zároveň vyhlasujem, že mnou uvedené údaje poisteného som získal s jeho súhlasom.

*V prípade, ak je poistná udalosť hlásená inou osobou ako poisteným vpisujú sa údaje tejto kontaktnej osoby

Dátum vyplnenia:

Podpis poisteného /kontaktnej osoby: