

**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 zákaznická karta a číslo zákaznickej karty ( prípade, že poistený nie je priamo držiteľom zákaznickej karty)

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

**Poistený je povinný pri každej poistnej udalosti hlásenej poisťiteľovi predložiť:**

- doklad o kúpe tovaru 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 prepúšťaciu 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

**2. V prípade vzniku nároku poškodeného na náhradu škody pri vykonávaní športovej činnosti poisteného**

- a) doklad preukazujúci pôvodnú hodnotu poškodenej veci;
- b) doklad o úhrade spôsobenej škody, ak bola škoda uhradená;
- c) doklad preukazujúci vznik škody a rozsah poškodenia;
- d) vyjadrenie poškodeného a poisteného k spôsobenej škode
- e) rozhodnutie o priznaní nároku poškodeného na náhradu škody voči poistenému, ak o škode rozhodoval oprávnený orgán

**3. V prípade vzniku nákladov na prevoz poisteného do nemocnice v súvislosti s úrazom poisteného**

- a) lekársku správu alebo prepúšťaciu správu obsahujúcu popis o tom, kedy a za akých okolností došlo k úrazu poisteného od odborného lekára
- b) originály účtov potvrdzujúcich úhradu nákladov na prevoz poisteného do nemocnice v súvislosti s úrazom
- c) správu HZS o vykonaní záchrannej činnosti ak bola privolaná k udalosti;

**4. V prípade vzniku finančnej straty v dôsledku náhodného poškodenia tovaru alebo zničenía tovaru v súvislosti s úrazom**

- a) lekársku správu alebo prepúšťaciu správu obsahujúcu popis o tom, kedy a za akých okolností došlo k úrazu poisteného od odborného lekára
- b) doklad zo servisu o obhliadke poškodeného tovaru, obsahujúci vyjadrenie o rozsahu poškodenia a o tom či sa jedná o záručnú opravu a presnú identifikáciu tovaru);
- c) po tom čo poisťovateľ uznal nárok na poistné plnenie:
  - doklad o zaplatení za opravu Tovar, ak bol Tovar opravovaný
  - doklad o kúpe nového tovaru v Obchode, ak bol Tovar zničený

Prehlasujem, že mnou poskytnuté informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a zánik poistenia. Nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné šetrenie poistnej udalosti ukončiť. Svojim podpisom zároveň dávam súhlas Poisťovni Cardif Slovakia, a.s. Plynárenská 7/C, 821/09 Bratislava, IČO: 36 534 978 (ďalej len „Poisťovňa Cardif“) na spracovanie mojich osobných údajov v zmysle zákona č. 122/2013 Z.z., o ochrane osobných údajov v platnom znení uvedených v tomto oznámení, a to za účelom likvidácie poistnej udalosti. Tiež súhlasím s cezhraničným prenosom mojich osobných údajov členom skupiny BNP Paribas. Súhlas je daný na dobu neurčitú a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky. Súhlasím s tým, aby Poisťovni Cardif boli poskytnuté informácie o mojom zdravotnom stave, resp. strate zamestnania v rozsahu, ktorý požaduje, za účelom vyšetrovania a vybavenia poistnej udalosti. Za týmto účelom splnomocňujem mojich ošetrovujúcich lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči Poisťovni Cardif.

Dátum vyplnenia: .....

Podpis poisteného /kontaktnej osoby: .....