

Zoznam vecí – poškodených, odcudzených, náhradných, kúpených z dôvodu omeškania batožiny

Vec	Majiteľ vecí	Rozsah škody	Obstarávacía cena	Dátum kúpy	Odhad škody (v EUR)

Máte uzatvorené nejaké ďalšie poistenie, ktoré kryje vzniknutú udalosť?

áno/nie

Ak áno, prosíme, vyplňte nasledujúce údaje:

Názov poisťovne:

Číslo poisťky:

Adresa poisťovne:

Ak ste držiteľom bankovej karty, prosíme, uveďte

Typ bankovej karty (napr. VISA, MasterCard a i.)

Číslo bankovej karty:

Vydaná bankou:

Bankové údaje pre zaslanie sumy poistného plnenia

Názov banky:

Číslo účtu IBAN:

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý, že nesprávne a nepravdivé údaje môžu ovplyvniť povinnosť poisťovateľa poskytnúť poistné plnenie. V prípade vyšetrovania polície splnomocňujem Poisťovňu Cardif Slovakia, a. s., Plynárenská 7/C, 821 09 Bratislava, IČO: 36 534 978 (ďalej aj „poisťovateľ“) k nazeraniu do vyšetrovacieho spisu v zmysle príslušných ustanovení Trestného poriadku alebo príslušných ustanovení Správneho poriadku týkajúceho sa vyššie uvedenej škody a k vyhotoveniu kópií a výpiskov. Beriem na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto dokumente som poisťovateľovi povinný poskytnúť v zmysle zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve, a že budú spracúvané v informačnom systéme poisťovateľa, zároveň beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený získať osobné údaje v rozsahu uvedenom v občianskom preukaze, vodičskom preukaze, pase, technickom preukaze kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosiči informácií. V zmysle zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení zároveň dávam poisťovateľovi písomný súhlas so spracovaním tu uvedených osobných údajov, a to najmä s ich poskytovaním a prístupňovaním tretím osobám za účelom likvidácie poistnej/škodovej udalosti uvedenej v tomto hlásení, znalcom, expertíznym kanceláriám a organizáciám vykonávajúcim znaleckú a poradenskú činnosť za účelom vypracovania znaleckého posudku, expertízneho posudku, odborného vyjadrenia, a tiež v súvislosti so správou poistenia, s vymáhaním pohľadávok a zaistovním na účely zaistenia. Tiež dávam poisťovateľovi súhlas s cezhraničným prenosom osobných údajov, vykonávaným na účely správy a na účely likvidácie poistných/škodových udalostí do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov, ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov. Zároveň vyhlasujem, že dávam výslovný súhlas so spracovaním osobných údajov na obdobie celej archivácie tohto dokumentu v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov a tiež vyhlasujem, že som poučený o existencii mojich práv v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z.. Týmto dávam poisťovateľovi súhlas s použitím čísla môjho mobilného telefónu resp. e-mailovej adresy uvedených na tomto tlačíve na účely likvidácie poistnej udalosti. Zároveň sa zaväzujem nahlásiť každú zmenu čísla telefónu resp. e-mailovej adresy do ukončenia likvidácie poistnej udalosti písomne, osobne alebo poštou.

Dátum:

Meno poisteného

Vlastnoručný podpis:

(vyplňte tlačívnym písmom):

--	--	--

Vyplnené oznámenie poistnej udalosti, vrátane originálov dokladu o poistení, cestovnej zmluvy, originálu potvrdenia dopravcu (P.I.R), letenky a batožinového lístka, potvrdenia dopravcu o omeškaní batožiny, doklade o doručení batožiny, a prípadne policajného protokolu zašlite, prosíme, na adresu: Europ Assistance s.r.o. - P. O. Box 385 - 810 00 Bratislava