

Oznámení škodné události z cestovního pojištění - zavazadla

Vážená paní, vážený pane,

snažíme se každý škodní případ co nejrychleji zpracovat. Podrobnými informacemi o pojistné události nám můžete být nápomocni. Dotazník vyplňte pečlivě a úplně, zamezíte tím případným doplňujícím dotazům, které mohou pracovníci zdržovat.

S přátelským pozdravem

SV pojišťovna, a.s.

Číslo pojistné smlouvy		
Údaje o pojištěné osobě		
Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	
Telefon:	Email:	
Trvalé bydliště:		
Přechodné bydliště:		
Máte ještě jiné cestovní pojištění (např. z platební karty) <input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne		
Pokud ano, jaké:		
Údaje o vycestování		
Datum vycestování z ČR:	prokažte na příloze datum vycestování (např. jízdenka, letenka, razítko v pasu, svědectví atd.)	
Cesta <input type="checkbox"/> turistická <input type="checkbox"/> pracovní	Účel cesty:	
Údaje o škodné události		
Datum:	čas:	Datum a čas ohlášení policii:
Místo vzniku škody:		
Adresa policejní služebny:		
Svědci:		
Podrobný popis vzniku škody		
(uvedte též, jaké překážky pachatel překonal, kde byly věci uloženy apod.):		

Seznam poškozených (odcizených) věcí

(u všech věcí vypište vlastníka poškozených věcí, datum pořízení, pořizovací cenu a výši škody, popř. náklady na opravu):

Potřebné doklady prokazující vznik škody

- doklad o pořízení věcí (popř. jiný doklad prokazující vlastnictví)
- policejní protokol
- doklad o opravě poškozené věci
- potvrzení dopravce
- apod.

Způsob vyplacení pojistného plnění

převodem v Kč na účet:

peněžní poukázkou na adresu:

Prohlášení a podpis

Předchozí údaje jsou úplné a pravdivé. Jsem si vědom/a toho, že nepravdivé a neúplné údaje budou mít za následek ztrátu pojistné ochrany a to i v případě, že jejich prostřednictvím nebyla pojišťovna poškozena.

Upozornění: Pokud jste oznámili o pojistné události osobně nevyplňovali, ověřte před jeho podepsáním správnost všech údajů.

Je mi známo, že pojišťovna přezkoumá za účelem posouzení své povinnosti poskytnout pojistné plnění údaje, které zde uvádím k odůvodnění svých nároků nebo vyplývajících z předložených dokladů (např. potvrzení, osvědčení) nebo ze sdělení příslušné nemocnice nebo zaměstnanců jiných zdravotních zařízení. Za tímto účelem zprošťuji všechny výše jmenované příslušníky lékařského personálu, kteří se podíleli na mém ošetřování, povinnosti mlčenlivosti i v případě mé smrti. Zproštění povinnosti mlčenlivosti platí rovněž pro pojišťovny zprostředkující úrazové, nemocenské nebo životní pojištění dotyčného, s výjimkou sociálního zabezpečení a veškeré instituce, které zajistily převoz do ČR, případně pohřeb v místě úmrtí v zahraničí. Rovněž prohlašuji, že nejsem v příbuzenském vztahu s ošetřujícím lékařem, a že k pojistné události nedošlo v důsledku sebevraždy či pokusu o ní.

Zmocňuji SV pojišťovnu, a.s. k tomu, aby mým jménem uplatnila nároky vůči zdravotní pojišťovně k této pojistné události ve smyslu ustanovení § 14 zákona č. 48/1997 Sb. a přijala poskytnuté plnění jako úhradu nákladů nutného a

_____ datum

_____ podpis pojištěné osoby (u nezletilých zákonný zástupce)

Sídlo společnosti
SV pojišťovna, a.s.
Vyskočilova 1481/4
140 00 Praha 4
Číslo účtu: 126971750/0300

Kontakt
telefon: +420 221 585 111
info@svpojistovna.cz
www.svpojistovna.cz

Společnost je vedená
u Městského soudu v Praze
oddíl B, vložka 2740
IČO: 61858714
DIČ: CZ61858714

