

OZNÁMENÍ POJISTNÉ UDÁLOSTI

Část A: Havarijní pojištění vozidel

Žádáme Vás, abyste tento tiskopis vyplnili a neprodleně předali naší pojišťovně. Pojistnými podmínkami je Vám uložena povinnost umožnit zástupci pojišťovny prohlédnout vozidlo a zjistit rozsah poškození ještě před opravou. Děkujeme za pochopení.

V případě škody z úrazového pojištění přepravovaných osob je nutno vyplnit i druhou stranu oznámení, tj. část B.

Bez vyplnění tohoto oznámení, tj. vznesení písemného nároku, nelze zahájit likvidaci pojistné události!

| | | | |
|---|--|--|--|
| Jméno a příjmení pojištěného/firma | | | |
| Adresa pojištěného/sídlo firmy | | | |
| IČ/ŘČ | | IČ/ŘČ | |
| Jméno pověřeného zástupce, makléře | | Plátce DPH *) | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| Bankovní spojení: číslo účtu, ústav | | Tel./Fax | |
| Pojistná smlouva číslo | | Spec. symbol | |
| Plnění za uvedenou pojistnou událost *) | | Vinkulace *) | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| Datum pojistné události | | <input type="checkbox"/> neuplatňuji u jiné pojišťovny <input type="checkbox"/> uplatňuji u pojišťovny – uveďte u které: | |
| Místo pojistné události | | v hodin | |
| | | kraj | |

| | | | |
|----------------------------------|--|----------------------|--|
| Registrační značka vozidla (SPZ) | | Tovární značka a typ | |
| Rok výroby | | VIN/číslo karoserie | |
| | | Celkem ujeté | |

| | | | |
|---|--|------------------------------|--|
| Řidič v době události (vyplnit jen v případě havárie) | | | |
| Jméno a příjmení | | Řidičský průkaz číslo | |
| Adresa | | Vystaven dne | |
| Vztah k majiteli vozidla | | Řidičské oprávnění - skupiny | |

| | | | |
|--|--|---------------|--|
| Zpráva o příčině a průběhu události: | | | |
| Popis poškození vozidla: | | | |
| Vyšetřováno orgány policie: | | | |
| Dne | | Číslo jednací | |
| Organizační jednotka | | | |
| Jestliže relace není, uveďte proč | | | |
| Nehodu zaviniil (jméno a adresa řidiče, chodce, cyklisty, organizace, jiný viník): | | | |
| Kde je možno vozidlo před opravou prohlédnout: | | | |

*) zvolenou variantu označte křížkem

Pojistník a pojištěný dávají souhlas pojistiteli, aby podle zákona č. 101/2000 Sb. shromažďoval, zpracovával a uchovával osobní údaje a citlivé údaje týkající se zdravotního stavu po dobu nutnou k zajištění výkonu práv a povinností plynoucích z pojistné smlouvy, dále aby pojistitel předával tyto údaje ostatním subjektům podnikajícím v pojišťovnictví, jakož i sdružením takových subjektů, popř. do jiných států, bude-li to potřebné pro zajištění práv a pro plnění povinností plynoucích z pojistné smlouvy.

V dne

.....
 podpis a razítko

Část B: Doplnkové pojištění úrazu přepravovaných osob

Přepravovaná osoba

| | | | |
|---|--|-----------------------|--|
| Jméno a příjmení | | | |
| Adresa vč. PSČ | | | |
| Telefon domů | | Telefon do zaměstnání | |
| Rodné číslo | | | |
| Výplata pojistného plnění na účet číslo | | | |
| V případě výplaty složenkou na adresu | | | |

| | |
|--|--|
| Vyplní ošetřující lékař: | |
| Úraz nastal dne | |
| ADRESA LÉKAŘE (ZDRAVOTNICKÉHO ZARÍZENÍ) | |
| Kde a kdy bylo poskytnuto první ošetření: | |
| Kde probíhalo další léčení: | |
| Poraněná část těla: | |
| Byla poraněná část postižena již před úrazem? | ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> |
| Příčina úrazu uvedená pojištěným: | |
| Diagnóza (MKN 10) včetně podrobného popisu úrazu a jiných tělesných poškození: | |
| RTG (popis): | |
| Způsob léčení (případně další komplikace vzniklé při léčení): | |
| Předpokládané trvalé následky úrazu? V případě, že ano, jakého druhu a rozsahu? | |
| Je v současné době stav trvalých následků ustálen? Popř. kdy předpokládáte ustálení? | |
| Byla funkce postižených částí těla omezena již před úrazem? V jakém rozsahu? | |
| V dne | |
| Podpis a razítko ošetřujícího lékaře | |

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že jsem všechny dotazy odpověděl(a) pravdivě a úplně. Jsem si vědom(a) případných důsledků nesprávných odpovědí na povinnost pojistitele plnit a práva pojišťovny proti mně na vrácení neoprávněně vyplaceného pojistného plnění. Souhlasím, aby Triglav pojišťovna, a.s. zjišťovala pro potřebu šetření můj zdravotní stav a ověřovala příslušnou zdravotní dokumentaci.

V dne

.....
Podpis, razítko