

Oznámení pojistné události – pojištění odpovědnost - Poškozený

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář **ve všech bodech**. **Nezapomeňte vyplnit číslo pojistné smlouvy.**
2. U políček s možností volby označte platnou odpověď křížkem.
3. V případě jakýchkoli nejasností při vyplňování formuláře nás můžete kontaktovat na bezplatné informační lince Kontaktního centra 800 10 66 10 nebo se můžete obrátit na svého poradce.
4. Oznámení spolu s dalšími dokumenty zašlete na adresu: **AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Office Park Nová Karolina, 28. října 3348/65, 702 00 Ostrava** nebo emailem na adresu kp@axa-assistance.cz
5. Vaši identifikaci může při sepisování tohoto oznámení pojistné události zajistit Váš poradce nebo si ji můžete zajistit na obecním úřadě s rozšířenou působností, krajském úřadě, u notáře nebo na Czech POINTu.

Pojištění odpovědnosti z činnosti v běžném občanském životě	☐
Pojištění odpovědnosti vlastníka, držitel, nájemce nebo správce nemovitosti	☐
ÚDAJE O POJIŠTĚNÉM	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) ¹⁾ :
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:	
E-mail:	Telefon:
ÚDAJE O POŠKOZENÉM	
Příjmení a jméno:	Rodné číslo (není-li, uveďte datum narození) ¹⁾ :
Místo narození:	Pohlaví: ☐ Muž ☐ Žena
Stát narození:	Státní občanství:
Adresa trvalého nebo jiného pobytu včetně státu:	Forma pobytu: ☐ Trvalý ☐ Jiný
Korespondenční adresa (bydliště, liší-li se od adresy trvalého nebo jiného pobytu):	
Vztah k pojištěnému:	
E-mail:	Telefon:
Preferovaný způsob komunikace:	☐ e-mail ☐ pošta
Číslo průkazu totožnosti:	Druh průkazu totožnosti: ☐ OP ☐ Jiný 2) (uveďte)
Orgán, který průkaz totožnosti vydal:	Platnost průkazu od ____/____/____ do ____/____/____
ÚDAJE O ŠKODĚ	
Datum vzniku škody:	Datum a čas zjištění:
Místo vzniku škody (ulice, č. domu, obec, PSČ):	
Kdo první zjistil vznik škody (uveďte prosím jméno a telefonní číslo):	
Bližší identifikace místa vzniku škody (např. část budovy, patro, místnost, č. bytu atd.):	
Předpokládaná výše škody:	

ÚJMA NA ZDRAVÍ – ŠKODA NA VĚCI

Prosíme, popište podrobně, jak došlo k újmě, co bylo příčinou újmy, co bylo poškozeno:

DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE K POJISTNÉ UDÁLOSTI

 Byla škoda způsobena úmyslně? ANO ☐ NE ☐

 Hlásil/a jste škodu PČR nebo HZS? ANO ☐ NE ☐

Pokud ano, uveďte datum kdy? Číslo spisu:

 Považujete nárok poškozeného za oprávněný? ANO ☐ NE ☐

Pokud ano, v jaké výši:

 Poskytl jste poškozenému náhradu škody? ANO ☐ NE ☐

Pokud ano, uveďte kým, kdy a v jaké výši?

 Pořizoval jste fotodokumentaci poškozených, zničených nebo odcizených věcí? ANO ☐ NE ☐

 Před vznikem škody: ANO ☐ NE ☐ Po vzniku škody: ANO ☐ NE ☐
PŘÍLOŽENÉ DOKUMENTY

- | | |
|--|---|
| ☐ Zpráva Policie | ☐ Zpráva HZS |
| ☐ Fotodokumentace: | ☐ Odborné posudky: |
| ☐ Doklady prokazující vlastnictví poškozené, zničené věci | ☐ Jiné |
| ☐ Doklady o opravě poškozené, zničené věci / koupě věci: | |

ÚDAJE O POJIŠTĚNÍ U OSTATNÍCH POJIŠŤOVEN

 Máte uzavřenou pojistnou smlouvu u jiné pojišťovny na stejné pojistné nebezpečí? ☐ ano ☐ ne

Pokud ano, uveďte název pojišťovny, pojistnou částku (limity plnění) a zda uplatňujete nárok na plnění z důvodu stejné události z tohoto pojištění.

PROHLÁŠENÍ, ZMOCNĚNÍ A PODPISY

Žádám o plnění z pojistné události a prohlašuji, že všechny údaje v tomto Oznámení jsem uvedl/a úplně a pravdivě. Jsem si vědom/a, že neúplné a nesprávné odpovědi mají vliv na plnění pojišťovny.
 Zmocňuji podle § 50 a § 51 tr. řádu (§ 33 spr. řádu) pracovníka Komerční pojišťovny, a. s., aby ve smyslu § 65 tr. řádu (§ 38 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené pojistné události nahlížel do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činil z něho výpisky a pořizoval si na vlastní náklady kopie.

Pojistitel si vyhrazuje právo na možnost vyžádání si dalších dokumentů nezbytných pro vyřízení pojistného nároku.

Poskytuji souhlas k zaslání sdělení týkajících se stavu a výsledků šetření pojistné události s využitím prostředků elektronické komunikace (např. e-mail, SMS) na kontakty, které jsem uvedl/a v tomto oznámení pojistné události.
 Odesláním oznámení pojistné události e-mailem beru na vědomí, že se jedná o nezabezpečený komunikační kanál a odpovědnost za zaslání osobní údaje přebírá pojišťovna až jejich přijetím na jeho poštovní server.

Dále **souhlasím / nesouhlasím*** s aktualizací osobních údajů (zejména e-mailové adresy, telefonního kontaktu, korespondenční nebo trvalé adresy), které o mně nebo pojištěných osobách pojišťovna zpracovává, pokud se tyto údaje nebudou shodovat s údaji uvedenými v tomto oznámení.

Datum

Jméno a příjmení zákonného zástupce

Podpis zákonného zástupce 3)

Potvrzuji, že jsem totožnost žadatele ověřil/a dle průkazu totožnosti. 4)

Jméno a příjmení zástupce pojišťovny

Podpis zástupce pojišťovny

Název společnosti

Kód společnosti

IČ poradce

Kód poradce

Telefon poradce

E-mail poradce

- 1) vyplní se datum narození, nebylo-li rodné číslo v ČR přiděleno
 2) uveďte Povolení k pobytu, pas, Řidičský průkaz, atp.
 3) totožnost pojistníka/ pojištěného/ zákonného zástupce / opatrovníka / zákonného zástupce na základě zmocnění byla před podpisem žádosti ověřena dle průkazu totožnosti
 4) tuto část vyplňuje poradce KP
 *) nehodící se škrtněte