

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 bicykovaní 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 zákaznícka 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 zničenia 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 Tovaropravovaný
 - doklad o kúpe nového tovaru v Obchode, ak bol Tovarzničený

Beriem na vedomie, že poisťovňa je oprávnená podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve zisťovať, získavať, zaznamenávať, uchovávať, využívať a inak spracúvať osobné údaje klientov aj bez ich súhlasu, a to v rozsahu nevyhnutnom pri uzavretí poistnej zmluvy a správe poistenia. Ďalšie informácie ohľadne ochrany osobných údajov sa nachádzajú na internetovej stránke BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s. v časti Ochrana osobných údajov v dokumente Oznámenie o ochrane osobných údajov. Prehlasujem, že mnou poskytnuté údaje a informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a zánik poistenia. Neposkytnutie požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné poistnú udalosť ukončiť.

Dátum vyplnenia:

Podpis poisteného /kontaktnej osoby: