

**OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI
RIZIKO KRÁDEŽ**

Vyplňte, prosím, nižšie uvedené údaje, resp. odpoveď označte krížikom:

Číslo poisťnej zmluvy/poisťenia:.....Spoločnosť, v ktorej bolo MZ kúpené:

Bankové spojenie pre príp. výplatu plnenia - číslo účtu poisťeného (v tvare IBAN) a názov banky:
.....

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto nahlasovanej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom):

nie áno, a na túto e-mailovú adresu:

Ak ide o fyzickú osobu:

Meno a priezvisko poisťeného :

Kontaktná adresa poisťeného:

Telefónne číslo poisťeného :Rodné číslo poisťeného:

Štátna príslušnosť poisťeného..... Číslo dokladu totožnosti:.....

Ak ide o právnickú osobu:

Obchodné meno:.....Sídlo.....

Osoba oprávnená konať za PO:

Dátum, kedy ku krádeži MZ došlo (deň, mesiac, rok):

Druh MZ (značka, model).....IMEI/výrobné číslo:.....

Podrobný popis čo sa stalo, ako došlo ku krádeži MZ, pri akej činnosti alebo za akých okolností k tomu došlo:

.....
.....
.....
.....

Bola pri krádeži prekonaná nejaká zabezpečovacia/uzamykacia prekážka?

Vyplnené Oznámenie škodovej udalosti zašlite poštou na adresu: **BNP Paribas Cardif Poist'ovňa, a. s., Bottova 2A, 811 09 Bratislava alebo podpísané a naskenované mailom na adresu: cardifslovakia@cardif.com spolu s nasledujúcimi dokladmi:**

- doklad o kúpe tovaru (napr. účtenka z registračnej pokladne)
- v prípade, že došlo k zmene vlastníctva MZ pri zachovaní poisťenia, tiež doklad o nadobudnutí vlastníctva MZ
- potvrdenie o podaní trestného oznámenia krádeže poisťeného MZ (musia byť uvedené okolnosti krádeže, identifikačné údaje MZ)

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 poisťnej zmluvy a správe poisťenia. Ďalšie informácie o ochrane osobných údajov sa nachádzajú na internetovej stránke poisťovne: <https://bnpparibascardif.sk/ochrana-osobnych-udajov>. Prehlasujem, že mnou poskytnuté údaje a informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok neposkytnutie plnenia alebo zánik poisťenia.

Dátum vyplnenia:Podpis poisťeného :