

Oznámení pojistné události – pojištění majetku

Pokyny pro vyplnění formuláře:

1. Vyplňte formulář ve všech bodech
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 zašlete písemně na adresu: AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o., Office Park Nová Karolina 28. října 3348/65, 702 00 Ostrava nebo e-mailem na adresu kp@axa-assistance.cz

Číslo pojistné smlouvy:

Pojištění domácnosti:

Pojištění nemovitosti

ÚDAJE O POJIŠTENEM:

Příjmení a jméno pojištěného:

Rodné číslo / Datum narození:

Adresa bydliště vč. PSČ:

Korespondenční adresa (liší-li se od adresy bydliště):

Telefonní číslo:

Emailová adresa:

KONTAKTNÍ OSOBA:

Příjmení a jméno kontaktní osoby:

Rodné číslo / Datum narození:

IČO:

Telefonní číslo:

Emailová adresa:

Vztah k pojištěnému:

Zákonný zástupce

Zastoupení na základě zmocnění

ÚDAJE O POJISTNÉ UDÁLOSTI:

Datum vzniku pojistné události:

Datum a čas zjištění:

Místo vzniku škody (ulice, č. domu, obec, PSČ):

Kdo první zjistil vznik škody (uvedte prosím jméno a telefonní číslo)

Bližší identifikace místa vzniku škody (např. část budovy, patro, místnost, č. bytu atd.)

Příčina a popis pojistné události

Prosím uveďte podrobný popis pojistné události, včetně bližší specifikace poškozených, zničených nebo odcizených věcí:

DOPLŇUJÍCÍ ÚDAJE K POJISTNÉ UDÁLOSTI

Jste vlastníkem věci, která byla poškozena, zničena nebo odcizena?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>		
Jste pojištěn proti tomuto riziku i u jiné pojišťovny?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>		
Pokud ano, uveďte název pojistitele a adresu:	Číslo pojistné smlouvy:			
Hlásil/a jste škodu PČR?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>		
Pokud ano, uveďte datum kdy?	Číslo spisu:			
Hlásil/a jste škodu HZS?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>		
Pokud ano, uveďte datum kdy?	Požární útvar:			
Byla škoda zaviněna cizí osobou?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>		
Pokud ano, uveďte jméno, adresu a vztah k pojištěnému:				
Má viník uzavřené pojištění odpovědnosti za újmu?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	NEVÍM <input type="checkbox"/>	
Pokud ano, uveďte název pojistitele a adresu:				
Vznikla Vám škoda již dříve na poškozených věcech?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>		
Pokud ano, uveďte kdy?	Výši škody			
Požíval jste fotodokumentaci poškozených, zničených nebo odcizených věcí?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>		
Před vznikem škody:	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Po vzniku škody: ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>

ÚDAJE PRO VÝPLATU POJISTNÉHO PLNĚNÍ

Žádám o výplatu pojistného plnění z výše uvedené pojistné smlouvy.
 Pojistné plnění poukažte na běžný účet: číslo účtu / kód banky

PŘÍLOHY

<input type="checkbox"/> Zpráva PČR	<input type="checkbox"/> Zpráva HZS
<input type="checkbox"/> Fotodokumentace	<input type="checkbox"/> Odborné posudky
<input type="checkbox"/> Doklady prokazující vlastnictví poškozené, zničené nebo odcizené věci	
<input type="checkbox"/> Doklady o opravě poškozené, zničené věci / koupě věci	
<input type="checkbox"/> Jiné:	

PROHLÁŠENÍ A ZMOCNĚNÍ:

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 pojistitele. Prohlašuji, že jsem byl/a seznámen/a s obsahem pojistné smlouvy na MojePojištění majetku, včetně pojistných podmínek pro pojištění majetku, odpovědnosti a úrazu MojePojištění majetku, které jsou její součástí, a s pojištěním sjednaným na jejím základě jsem souhlasil/a a nadále souhlasím. Potvrzuji, že mi byly poskytnuty a jsou mi známy informace týkající se zpracování osobních údajů pojistitelem a souvisejících práv a povinností obsažené v Informačním memorandu pojistitele a skutečnost, že aktuální verzi tohoto Informačního memoranda lze nalézt na jeho internetových stránkách www.kb-pojistovna.cz. Zplnomocňuji tímto podle § 50 a § 51 tr.řádu (§ 33 spr. řádu) pracovníka Komerční pojišťovny, a.s., nebo AXA ASSISTANCE CZ, s.r.o. aby ve smyslu § 65 tr.řádu (§ 38 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené pojistné události a nahlížel do vyšetřovacího spisu Policie ČR, činil z něho výpisky a požíval si na vlastní náklady kopie.

V dne

Podpis pojištěného / zákonného zástupce

V dne

Podpis zástupce pojistitele

Zástupce pojistitele:

Obchodní místo: KB Příjmení, jméno: Telefon: Officer kód: