

INTERNÉ ÚDAJE

Prosím vyplňte tlačivo hlásenia VO VŠETKÝCH RELEVANTNÝCH BODOCH. POVINNÉ ÚDAJE sú vyznačené MODROU FARBOU.

ÚDAJE O POISTENOM

Číslo poistnej zmluvy:		Dát. narodenia:	
Meno, priezvisko:			
U nepnoletej osoby meno a priezvisko zákonného zástupcu:			
Mobil:	e-mail:	Tel./Fax.:	
Ulica, číslo, posch.:	Obec:	PSČ:	
Máte uzavretú poistnú zmluvu na predmetnú vec tohto hlásenia aj u inej poisťovne: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>			
Názov a adresa inej poisťovne:			
Poistné plnenie poukážte na číslo účtu:			

ZÁKLADNÉ ÚDAJE O ŠKODE

Dátum vzniku:	Čas vzniku:	Miesto vzniku škody (štát):
Príčina vzniku:		

ŠPECIFICKÉ ÚDAJE O ŠKODE (PROSÍM VYPLŇTE LEN PRÍSLUŠNÚ ČASŤ)

 Poistenie liečebných nákladov v zahraničí

Popis priebehu a vzniku škody (diagnóza):

Zdravotná poisťovňa v SR:

Bola škoda hlásená asistenčnej službe (Elvia Assistance): áno nie Ošetrovanie: Ambulantné Nemocničné

Adresa zdravotníckeho zariadenia:

Náklady*:	Ošetrovanie:	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Uhradené v hotovosti: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	Lieky:	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Uhradené v hotovosti: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	Transport k lekárovi:	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Uhradené v hotovosti: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
	Ostatné (napr. telefón):	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Uhradené v hotovosti: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

 Špecifické údaje v prípade dopravnej nehody

ŠPZ vinníka nehody (v prípade dopravnej nehody):

Bola nehoda hlásená polícii: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Dátum:	Útvar, adresa:
		Číslo vyšetrovacieho spisu:

*prosím doložite originály, lekársku správu

 Úrazové poistenie

Popis priebehu a vzniku škody:

Ktorá časť tela bola poranená:

Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá pred úrazom, ak áno, tak ako:

Adresa zdravotníckeho zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrovanie a kedy:

Adresa zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili:

Meno a adresa lekára v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu:

Boli ste v dôsledku úrazu PN: áno nie Došlo k úrazu pri výkone povolania, športu: áno pri akom výkone: nie Ste registrovaný športovec: áno v akom športe: nie

*prosím doložite lekársku správu (preukaz PN, doklad o hospitalizácii) / správu polície

 Poistenie stornovacích poplatkov, poistenie predčasného návratu zo zájazdu

Popis priebehu a vzniku škody:

Mená osôb rušiacich cestu:

Cestovná kancelária:	Číslo zájazdu:	Dátum dojednania zájazdu:
----------------------	----------------	---------------------------

Dátum zaplatenia cesty:	Poistné zaplatené dňa:
-------------------------	------------------------

Cena zájazdu:	V cene je zahrnuté aj poistné: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Výška stornovacích poplatkov:
---------------	--	-------------------------------

Dátum stornovania zájazdu:	Plánovaný začiatok cesty:	Plánovaný koniec cesty:
----------------------------	---------------------------	-------------------------

*prosím originál dokladu potvrdzujúceho uhradenie stornovacích poplatkov (faktúra CK, účtovný doklad o zaplatení zájazdu a o vrátení sume) / lekársku správu (preukaz PN, doklad o hospitalizácii, kópia úmrtného listu) / správu polície / povolávací rozkaz

Poistenie batožiny, cenností, elektronických a optických prístrojov a športových potrieb

Popis priebehu a vzniku škody:

Špecifické údaje v prípade odcudzenia vecí

Kto prvý spozoroval odcudzenie:

Odkiaľ boli veci odcudzené:

Ako bol objekt zabezpečený:

Bolo zabezpečenie funkčné: áno nie

Bolo miesto strážené: áno nie

Kto vykonával stráž (názov a adresa):

Bolo použité násilie alebo hrozba bezprostredného násillia: áno proti komu:

nie

Ktoré zabezpečenie páchatel' prekonal:

Bol páchatel' zistený: áno nie

Uvedte jeho meno a adresu:

Áké bezpečnostné opatrenia ste urobili po odcudzení na zabránenie ďalším škodám:

Bola škoda hlásená polícii: áno nie

Dátum:

Útvar, adresa:

Číslo vyšetrovacieho spisu:

Špecifické údaje v prípade poškodenia vecí

Názov a adresa dopravcu, ktorému bola batožina odovzdaná:

Uplatnili ste si u dopravcu náhradu škody: áno v akej výške:

nie

Je možná oprava poškodených vecí: áno nie

Máte dojednané iné poistenie poskytujúce poistenie batožiny: áno uvedte názov poisťovne:

nie

Uplatňujete si náhradu škody u tohoto poisťovateľa: áno číslo poisťovnej zmluvy:

nie

*prosím doložite originály účtov / dokladov o zaobstaraní poškodených alebo odcudzených vecí / originál leteniek alebo cestovných lístkov / správu polície / potvrdenie dopravcu

Poistenie meškania letu a meškania iného dopravného prostriedku

Popis priebehu a vzniku škody:

Názov a adresa dopravcu:

Oneskorený príchod dopr. prostriedku:

*prosím doložite originál leteniek alebo cestovných lístkov / potvrdenie dopravcu o oneskorení dopravného prostriedku / originál dokladov za občerstvenie / hygienických potrieb

Škody zo zodpovednosti za škodu

Popis priebehu a vzniku škody:

Zodpovedáte za škodu: áno nie

Ste s poškodeným v príbuzenskom alebo v zmluvnom vzťahu: áno v akom:

nie

Žije s Vami poškodený v spoločnej domácnosti: áno nie

Prichádza do úvahy zavinenie alebo spoluzavinenie poškodeného: áno nie

Uplatnil si poškodený voči Vám nárok na náhradu škody: áno nie

Kedy a akou formou:

V akej výške:

Uhradili ste už škodu: áno nie

V akej výške:

Považujete požiadavku na náhradu škody za oprávnenú v plnom rozsahu: áno čiastočne

nie

KOMU STE SPÔSOBILI ŠKODU (LEN PRE ŠKODY ZO ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU)

Meno, priezvisko/Obchodné meno:

Dát. narodenia/IČO:

Kontaktná osoba:

Mobil:

e-mail:

Tel./Fax.:

Ulica, číslo, posch.:

Obec:

PSČ:

ZOZNAM POŠKODENÝCH, ZNIČENÝCH ALEBO ODCUDZENÝCH VECÍ

Názov / Značka	Počet ks/kg	Mesiac/Rok obstarania	Obstarávacía cena	Rozsah poškodenia	Oprava/Výmena

KTO VÁM ŠKODU SPÔSOBIL / ZA ŠKODU ZODPOVEDÁ (LEN PRE ŠKODY NA MAJETKU)

Meno a priezvisko/Obchodné meno:

Adresa:

Uplatnili ste si náhradu škody v zmysle § 436 OZ: áno v akej výške:

nie

Bola Vám škoda uhradená: áno v akej výške

nie

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý, že nesprávne a nepravdivé údaje môžu ovplyvniť povinnosť poisťovateľa poskytnúť poisťné plnenie. V prípade vyšetrovania polície splnomocňujem Allianz – Slovenskú poisťovňu, a. s., Dostojevského rad 4, IČO: 00 151 700 (ďalej aj „poisťovateľ“) k nazeraniu do vyšetrovacieho spisu v zmysle príslušných ustanovení Trestného poriadku alebo príslušných ustanovení Správneho poriadku týkajúceho sa vyššie uvedenej škody a k vyhotoveniu kópií a výpisov.

Beriem na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto dokumente som poisťovateľovi povinný poskytnúť v zmysle zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve, a že budú spracované v informačnom systéme poisťovateľa, zároveň beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený získať osobné údaje v rozsahu uvedenom v občianskom preukaze, vodičskom preukaze, pase, osvedčení o evidencii vozidla, technickom preukaze kopirovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosiči informácií. V zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení zároveň dávam poisťovateľovi písomný súhlas so spracovaním tu uvedených osobných údajov, a to najmä s ich poskytovaním a sprístupňovaním tretím osobám za účelom likvidácie poisťnej/škodovej udalosti uvedenej v tomto hlásení, znalcom, expertíznym kanceláriám a organizáciám vykonávajúcim znaleckú a poradenskú činnosť za účelom vypracovania znaleckého posudku, expertízneho posudku, odborného vyjadrenia, a tiež v súvislosti so správou poistenia, s vymáhaním pohľadávok a zaisťovaním na účely zaistenia. Tiež dávam poisťovateľovi súhlas s cezhraničným prenosom osobných údajov, vykonávaným na účely správy a na účely likvidácie poisťnych/škodových udalostí do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov, ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov. Zároveň vyhlasujem, že dávam výslovný súhlas so spracovaním osobných údajov na obdobie celej archivácie tohoto dokumentu v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov a tiež vyhlasujem, že som poučený o existencii mojich práv v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z.

Týmto dávam poisťovateľovi súhlas s použitím čísla môjho mobilného telefónu resp. e-mailovej adresy uvedených na tomto tlačíve na účely likvidácie poisťnej udalosti. Zároveň sa zaväzujem nahlásiť každú zmenu čísla telefónu resp. e-mailovej adresy do ukončenia likvidácie poisťnej udalosti písomne, osobne alebo poštou, na ktorúkoľvek pobočku poisťovateľa.

Upozornenie: Podľa podmienok poisťnej zmluvy a ustanovení Občianskeho zákonníka ste povinný preukázať vznik a rozsah škody. Z uvedeného dôvodu je nevyhnutné uchovať poškodené vymenené časti za účelom vykonania obhliadky. Po overení právneho základu pre poskytnutie poisťného plnenia Vás poisťovateľ v zmysle § 799, ods. 2 Občianskeho zákonníka požiada o predloženie dokladov potrebných na určenie výšky poisťného plnenia.

V dňa Podpis poisteného Podpis osoby preberajúcej hlásenie