

## OZNÁMENÍ ŠKODNÉ UDÁLOSTI - ZAVAZADLA A OSOBNÍ VĚCI

Číslo pojistné události:

vyplní Europ Assistance s.r.o.

Jméno:	Kontaktní adresa:
Příjmení:	
Rodné číslo:	
Datum narození:	
Kontaktní telefon:	
E-mail:	

Číslo platební karty, ke které bylo sjednáno pojištění:	Destinace:
Banka, která kartu vydala:	Cestovní kancelář:
Platnost od:	Pobyt od - do:
Platnost do:	Účel cesty:
Datum sjednání:	

Datum události:	Byla informována asistenční centrála? ANO: <input type="checkbox"/> NE: <input type="checkbox"/>
Místo události: (stát, země)	Pokud ne, uveďte důvod:

Datum a hodina oznámení události policii:
Adresa policejní služebny:

Datum a hodina obdržení zavazadel: (v případě zpoždění či nalezení po krádeži)
Stav vrácených zavazadel:

Podrobně popište vznik škody, průběh události, vč. popisu překážek, které překonal pachatel, za jakých okolností k události došlo, kde byly věci uloženy a jak jste se snažil/a zabránit vzniku škody:

## SEZNAM VĚCÍ - POŠKOZENÝCH, ODCIZENÝCH, NÁHRADNÍCH, ZAKOUPENÝCH Z DŮVODU ZPOŽDĚNÍ ZAVAZADEL

Věc	Majitel věci	Rozsah škody	Pořizovací cena	Datum zakoupení	Odhad škody (v Kč)

V případě, že za škodu odpovídá dopravce, byl Vámi vůči němu uplatněn nárok? ANO:  NE:

Máte sjednáno nějaké další pojištění, které kryje vzniklou událost? ANO:  NE:

**POKUD ANO, PROSÍME, VYPLŇTE NÁSLEDUJÍCÍ ÚDAJE:**

Název pojišťovny:	Číslo pojistky:
Adresa pojišťovny:	

**JSTE-LI DRŽITELEM BANKOVNÍ KARTY, PROSÍME, UVEĎTE:**

Typ bankovní karty (např. VISA, MasterCard aj.):	
Číslo bankovní karty:	Vydané bankou:

**BANKOVNÍ ÚDAJE PRO ZASLÁNÍ ČÁSTKY POJISTNÉHO PLNĚNÍ**

Název banky:	
Číslo účtu:	Kód banky:

Tento vyplněný formulář, prosím, zašlete na adresu **Europ Assistance s. r. o.**, Na Pankráci 127, 140 00 Praha 4, spolu s následujícími dokumenty:

- originál potvrzení dopravce (P.I.R.)
- originál cestovní smlouvy, letenky a zavazadlového lístku
- potvrzení dopravce o zpoždění zavazadla
- originál dokladu o doručení zavazadla
- policejní protokol, je-li k dispozici
- originály stvrzenek o nákupu věci a originály dokladů o jejich zaplacení, fotodokumentaci poškozené věci, originál doklad o změně stavu věci (doklad o opravě nebo o neopravitelnosti od servisu) v případě poškození zavazadla, originál potvrzení o převzetí zavazadla do úschovny, originál potvrzení o výši a rozsahu škody od ubytovacího zařízení, příp. další doklady prokazující vzniklou událost (pozn.: pojistitel si může v rámci šetření vyžádat další doklady)

Souhlasím, aby mi veškerá korespondence týkající se této škodné události byla zaslána elektronicky (výzva k doplnění dokumentů a informací, oznámení o ukončení šetření a proplacení pojistného plnění apod.):

ANO:  NE:

na tuto e-mailovou adresu:
----------------------------

Svým podpisem prohlašuji, že všechny mnou poskytnuté informace jsou úplné, přesné a pravdivé, a že jsem nezamlčel/a žádnou skutečnost, která by měla vliv na šetření pojistné události a stanovení výše pojistného plnění.

Podpisem tohoto Oznámení pojistné události („Oznámení“) uděluji výslovný souhlas BNP Paribas Cardif Pojišťovně, a. s., IČ: 250 80 954 („pojistitel“) v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů („zákon o ochraně osobních údajů“), aby moje osobní údaje, včetně údajů citlivých dle § 4 písm. b) zákona o ochraně osobních údajů, byly pojistitelem zpracovány v rámci činnosti v pojišťovnictví a činností souvisejících s pojišťovací činností podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, jakož i k ochraně práv a oprávněných zájmů pojistitele, a to po dobu nezbytně nutnou k uplatnění a vypořádání nároků z pojištění (resp. likvidace pojistné události). Osobní údaje bude zpracovávat pojistitel anebo pojistitelem, v souladu s ustanovením § 6 zákona o ochraně osobních údajů, pověřený zpracovatel.

Podpisem tohoto Oznámení uděluji pojistiteli, v souladu s ustanovením § 50, odst. 1 zákona č. 37/2004 Sb., o pojistné smlouvě, v návaznosti na ustanovení § 55 odst. 2, písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidí, souhlas ke zjišťování a přezkoumávání údajů o mém zdravotním stavu, popř. vyžádání si kompletní zdravotní dokumentace prostřednictvím smluvních lékařů pojistitele (popř. pověřených zdravotnických zařízení).

Opravňuji tímto všechny dotazované lékaře, ústavy, zdravotnická zařízení a zdravotní pojišťovny, aby pojistiteli na jeho žádost poskytli požadované informace; zároveň zbavuji všechny lékaře, kteří se zabývali nebo budou zabývat mým zdravotním stavem, povinnosti mlčenlivosti ve vztahu k pojistiteli pro účely šetření pojistných událostí.

Prohlašuji, že jsem byl/a v souladu s ustanovením § 11 a § 21 zákona o ochraně osobních údajů řádně informován/a o zpracování svých osobních údajů, o svých právech a povinnostech správce a zpracovatelů osobních údajů, včetně práva přístupu k mým údajům a práva na jejich úpravu. Prohlašuji, že jsem byl/a informován o možnosti kdykoliv svůj souhlas se zpracováním osobních údajů a jeho zdravotním stavu odvolat. Zároveň však beru na vědomí, že poskytnutí osobních údajů a údajů o zdravotním stavu jsou nezbytné pro plnění práv a povinností vyplývajících z pojistné smlouvy, jakož i pro plnění povinností a výkon práv z jiných právních předpisů. Odvoláním souhlasu se zpracováním osobních údajů a údajů o zdravotním stavu pojistitel dále neprovádí šetření a likvidaci pojistných událostí a výplatu pojistných plnění.

Datum a místo

Jméno pojištěného (vyplňte tiskacím písmem)

Vlastnoruční podpis