

**OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI Z CESTOVNÉHO POISTENIA
POISTENIE NEPOJAZDNÉHO VOZIDLA**

1. ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY a ÚDAJE O POISTENOM

číslo poistnej zmluvy, na základe ktorej si uplatňujete nárok na náhradu škody:

POISTENÝ

meno: _____ priezvisko: _____ rodné číslo/dátum narodenia: _____

adresa trvalého bydliska:
ulica, číslo: _____ obec: _____ PSČ: _____

Telefón*: _____ e-mail: _____

korešpondenčná adresa (ak je iná ako adresa trvalého bydliska):
ulica, číslo: _____ obec: _____ PSČ: _____

ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA (vyplňte v prípade, že poistený je nepnoletá osoba)

meno: _____ priezvisko: _____ rodné číslo/dátum narodenia: _____

korešpondenčná adresa:
ulica, číslo: _____ obec: _____ PSČ: _____

Telefón*: _____ e-mail: _____

**na uvedené číslo Vám bude zároveň odoslaná sms notifikácia o uzavretí škodovej udalosti*

2. POPIS UDALOSTI

vznik škody:
dátum : _____ čas: _____ miesto (štát, mesto, ulica, adresa ubytovacieho zariadenia, letisko): _____

udalosť bola hlásená polícii:
 nie áno presný názov a adresa polície: _____

podrobný popis vzniku a rozsahu škody:

3. PLNENIE

tento druh poistenia mám dojednaný aj v inej poisťovni: nie áno

presný názov a adresa poisťovne: _____

v uvedenej poisťovni som si uplatnil nárok na náhradu škody: nie áno

plnenie žiadam poukázať na:

účet číslo účtu: _____ kód a názov banky: _____

majiteľ účtu (meno a adresa): _____

adresu (uvedte úplnú adresu, na ktorú žiadate plnenie zaslať)

4. DOKLADY

Priložte všetky doklady, ktoré v súvislosti s touto udalosťou máte. (V budúcnosti predložte všetky doklady, ktoré vo veci dostanete alebo o ktoré Vás poisťovateľ požiada.)

priložené doklady v origináli:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> cestovné lístky | <input type="checkbox"/> batožinový lístok |
| <input type="checkbox"/> potvrdenie autoservisu o nepojazdnosti vozidla | <input type="checkbox"/> policajná správa |
| <input type="checkbox"/> účty za hotel | <input type="checkbox"/> iné (uved'te) |

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a nič nebolo zamlčané. Som si vedomý, že nepravdivosť odpovedí môže zbaviť poisťovňu povinnosti plnenia. Splnomocňujem Union poisťovňu, a.s. k výkonu administratívnych a právnych úkonov potrebných k šetreniu a k likvidácii škodovej udalosti.

Som si vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení, vrátane priložených dokladov, za účelom likvidácie škodovej udalosti.

Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na www.union.sk

V dňa

.....
podpis poistenej osoby
(v prípade, že poistená osoba je neploletá,
podpis jej zákonného zástupcu)