

POISTNÉ HLÁSENIE

ZODPOVEDNOSŤ ZA ŠKODU

Číslo poistnej udalosti (vyplní asistenčná centrála):

Meno: Priezvisko:

Kontaktná poštová adresa:

Rodné číslo: Dátum narodenia:

Kontaktný telefón: E-mail:

Číslo poistky: Destinácia:

Platnosť od: Cestovná kancelária:

Platnosť do: Pobyt od - do:

Dátum uzatvorenia: Účel cesty:

Dátum udalosti: Bola informovaná asistenčná centrála? ÁNO NIE

Miesto udalosti: Ak nie, uveďte dôvod:

Dátum a hodina oznámenia udalosti polícii:

Adresa policajnej stanice:

Meno, priezvisko, adresy a telefónne kontakty poškodených:

Poškodený 1:

Poškodený 2:

Poškodený 3:

Poškodený 4:

Podrobne opíšte vznik škody, priebeh udalosti, za akých okolností k udalosti došlo a ako ste sa snažili zabrániť vzniku škody:

Meno, priezvisko, adresa a telefónny kontakt svedkov udalosti:

Svedok 1:

Svedok 2:

Svedok 3:

Svedok 4:

Zoznam poškodených vecí

Vec	Majiteľ veci	Rozsah škody	Obstarávacía cena	Dátum kúpy	Odhad škody (v EUR)

Máte uzatvorené nejaké ďalšie poistenie, ktoré kryje vzniknutú udalosť? ÁNO NIE

Ak áno, prosíme, vyplňte nasledujúce údaje: _____

Názov poisťovne: _____ Číslo poisťky: _____

Adresa poisťovne: _____

Ak ste držiteľom bankovej karty, prosíme, uveďte Typ bankovej karty (napr. VISA, MasterCard a i.): _____

Číslo bankovej karty _____ Vydaná bankou: _____

Bankové údaje pre zaslanie sumy poistného plnenia: _____

Názov banky: _____

Číslo účtu: _____ Kód banky: _____

Vyhlasenia poisteného / osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie:

Vyhlasujem, že som všetky otázky uvedené v tomto hlásení zodpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý, že nesprávne a nepravdivé údaje oprávňujú poisťovateľa znížiť poistné plnenie. Som si vedomý/á toho, že uplatnenie nároku týmto poistným hlásením nezakladá automaticky právo na výplatu plnenia z poistnej zmluvy.

Beriem na vedomie, že poisťovateľ spracúva osobné údaje („OÚ“) na základe zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve v platnom znení, ktorý je právnym základom spracúvania OÚ. Poistený je povinný poskytnúť poisťovateľovi OÚ uvedené v tomto dokumente alebo neskôr požadované poisťovateľom. Neposkytnutie takýchto OÚ poisťovateľovi môže mať za následok nemožnosť výplaty poistného plnenia osobám určeným v tomto tlačive. Informačné povinnosti vyplývajúce poisťovateľovi z Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov („GDPR“) a zákona č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov („ZOOÚ“) sú splnené poisťovateľom uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk. Poistený berie na vedomie a súhlasí s tým, že všetky informačné povinnosti vyplývajúce poisťovateľovi z GDPR a ZOOÚ, môžu byť splnené poisťovateľom aj uverejnením potrebných údajov na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk. Poistený sa zaväzuje poisťovateľovi bezodkladne oznámiť každú zmenu OÚ. Poistený vyhlasuje, že osobné údaje iných dotknutých osôb poskytol v súlade s GDPR a ZOOÚ a disponuje písomným súhlasom každej takejto dotknutej osoby s poskytnutím alebo sprístupnením jej osobných údajov poisťovateľovi, pričom táto bola resp. bude v lehote vyžadovanej GDPR oboznámená s informáciami o spracúvaní jej OÚ uvedenými na webovom sídle poisťovateľa. Súhlas vie poistený v prípade potreby poisťovateľovi preukázať.

V prípade vyšetrovania poistnej/škodovej udalosti orgánmi činnými v trestnom konaní splnomocňujem poisťovateľa k nahliadnutiu do vyšetrovacieho spisu v zmysle príslušných ustanovení Trestného poriadku v platnom znení alebo príslušných ustanovení zákona o správnom konaní v platnom znení, týkajúceho sa vyššie uvedenej poistnej / škodovej udalosti a k vyhotovovaniu výpisov, odpisov a kópií z tohto spisu (ďalej len „údaje týkajúce sa škodovej udalosti“).

Týmto sa zaväzujem, že v prípade požiadavky poisťovateľa bezodkladne poisťovateľa splnomocním s úradne overeným podpisom na sprístupnenie údajov zo zdravotnej dokumentácie osoby (ďalej len ako „údaje zdravotnej dokumentácie“), ktorej sa poistná/škodová udalosť týka a to v rozsahu požadovanom poisťovateľom a vo forme požadovanej zákonom o zdravotnej starostlivosti v platnom znení.

Týmto súhlasím s poistením podľa Poistnej zmluvy č.: _____

Dátum: _____

Meno poisteného/osoby uplatňujúcej nárok na poistné plnenie (vyplňte tlačенým písmom): _____

Vlastnoručný podpis poisteného/osoby uplatňujúcej nárok na poistné plnenie:

Vyplnené oznámenie poistnej udalosti, vrátane originálov dokladu o poistení, cestovnej zmluvy, originálu potvrdenia dopravcu (P.I.R), letenky a batožinového lístka, potvrdenia dopravcu o omeškaní batožiny, doklade o doručení batožiny, a prípadne policajného protokolu zašlite, prosíme, na adresu: Europ Assistance s.r.o. -P. O. Box 385 -810 00 Bratislava, Slovenská republika.

MetLife Europe Insurance d.a.c., pobočka poisťovne z iného členského štátu, sídlo: Pribinova 10, 811 09 Bratislava, Slovenská republika, právna forma: organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, IČO: 47 257 091, zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, Oddiel: Po, Vložka č.: 2698/B, organizačná zložka MetLife Europe Insurance designated activity company, sídlo: Lower Hatch Street, On Hatch 20, Dublin, Írsko, zapísaná v Írskom Registri Spoločností v Dubline pod č. 472350 (ďalej aj „poisťovateľ“).

Informácie o spracúvaní a ochrane osobných údajov sú uverejnené na webovom sídle poisťovateľa www.metlife.sk.