

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI - POISTENIE ODCUDZENIA MOBILNÝCH ZARIADENÍ (MZ)

Označte krížikom a vyplňte nižšie uvedené údaje, týkajúce sa poistnej udalosti (ďalej aj „PU“), ktorú chcete nahlásiť:

Názov spoločnosti u ktorej bolo zakúpené MZ:

Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok): Číslo poistenia :

Meno a priezvisko poisteného: Rodné číslo poisteného :

Kontaktná adresa poisteného:

Kontaktné údaje poisteného – telefónne číslo : e-mail :

Štátna príslušnosť poisteného..... Číslo dokladu totožnosti:.....

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto poistnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom) áno nie

Bankové spojenie pre príp. výplatu poistného plnenia – číslo bankového účtu poisteného v tvare IBAN a názov banky:.....

..... - podpisom tohto tlačiva prehlasujem, že som majiteľom vyššie uvedeného účtu

Poistná udalosť – vyznačte krížikom:

krádež MZ

zneužitie SIM karty

Telefónne číslo MZ: Značka (výrobca)..... Model:

IMEI číslo MZ: Dátum nákupu:

Podrobný popis okolností za akých došlo k poistnej udalosti a okolností, za akých bola poistná udalosť zistená:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

K vyplnenému formuláru o vzniku poistnej udalosti (krádež MZ alebo zneužitie SIM karty) priložte spolu s kópiou poistnej zmluvy :

- - doklad o kúpe poisteného MZ
- - záručný list týkajúci sa konkrétneho tovaru
- - potvrdenie o podaní trestného oznámenia krádeže polícií

Vyplňte iba v prípade krádeže MZ:

Bola krádež MZ hlásená políciou? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno kedy
Uveďte útvar polície, ktorému bola krádež nahlásená:

Vyplňte iba v prípade zneužitia SIM karty:

Došlo k udalosti v súvislosti s krádežou ? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Mobilný operátor, ktorý kartu vydal:
Typ volacieho programu:
Dátum a čas kedy došlo k prvému zneužitiu SIM karty:
Bola udalosť hlásená mobilnému operátorovi? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Bola zablokovaná SIM karta <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno kedy (dátum a čas)

Beriem na vedomie, že poisťovňa je oprávnená podľa § 78 zákona č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve zisťovať, získavať, zaznamenávať, uchovávať, využívať a inak spracúvať osobné údaje klientov aj bez ich súhlasu, a to v rozsahu nevyhnutnom pri uzavretí poistnej zmluvy a správe poistenia. Ďalšie informácie ohľadne ochrany osobných údajov sa nachádzajú na internetovej stránke BNP Paribas Cardif Poisťovňa, a. s. v časti Ochrana osobných údajov v dokumente Oznámenie o ochrane osobných údajov. Prehlasujem, že mnou poskytnuté údaje a informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie plnenia a zánik poistenia. Neposkytnutie požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné poistnú udalosť ukončiť.

Dátum vyplnenia:

Podpis poisteného :