

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

KRÁDEŽ MOBILNÉHO TELEFÓNU (MT)

OZNAČTE KRÍŽIKOM A VYPLŇTE NIŽŠIE UVEDENÉ ÚDAJE, TÝKAJÚCE SA NAHLASOVANEJ POISTNEJ UDALOSTI		
Obch. názov a adresa predajcu poisteného MT		
Číslo zmluvy/poistenia		
ÚDAJE O POISTENOM		
Meno a priezvisko (Obch. názov)		
Rodné číslo/IČO		
Kontaktná adresa poisteného		
Aktuálne kontaktné tel. číslo		Kontaktná osoba (pre PO)
Bankové spojenie pre prípad výplaty poistného plnenia – číslo účtu poisteného (predčíslenie, účet, kód banky), názov banky		
ÚDAJE O NAHLASOVANEJ UDALOSTI		
Dátum vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok)		v čase (hod.)
Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto poistnej udalosti bola zasielaná len elektronicky (e-mailom)	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	a to na túto e-mailovú adresu
Telefónne číslo MT		
Značka (výrobca)		Model
IMEI číslo MT		Dátum nákupu
Podrobný popis okolností za akých došlo k poistnej udalosti a okolností, za akých bola poistná udalosť zistená		
Bola krádež MT hlásená políciou?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Kedy
Uvedte útvar polície, ktorému bola krádež nahlásená		
Bola krádež MT hlásená mobilnému operátorovi?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Kedy
Bola zablokovaná SIM karta?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Kedy
Toto vyplnené Oznámenie poistnej udalosti odovzdajte obchodnému zástupcovi Telefónica Slovakia, s.r.o., spolu s kópiou potvrdenia o poistení a kópiami nasledujúcich dokladov: <ul style="list-style-type: none">doklad o kúpe poisteného MTpotvrdenie o podaní trestného oznámenia krádeže kompetentným orgánom polície		
Prehlasujem, že mnou vyššie uvedené informácie sú úplné a pravdivé a súhlasím so zisťovaním a preskúmaním ďalších skutočností týkajúcich sa poistnej udalosti (vrátane mojich prevádzkových údajov ako užívateľa verejne dostupných elektronických komunikačných služieb) a poskytnem k tomu potrebnú súčinnosť. Som si vedomý, že nedodanie dokladov uvedených vyššie, môže mať za následok, že šetrenie poistnej udalosti nebude možné ukončiť. Svojim podpisom zároveň dávam súhlas Poistovní Cardif Slovakia, a.s. a Altair Assurances S.A. na spracovanie mojich osobných údajov, vrátane prevádzkových údajov v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov a zákona č. 610/2003 Z.z. o elektronických komunikáciách oba v platnom znení, a to za účelom poistenia (resp. likvidácie poistných udalostí).		
Dátum	Podpis poisteného	