

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI SPÔSOBENEJ ROZBITÍM SKLA

číslo poistnej udalosti:

Poistený (meno a priezvisko alebo názov firmy):			
Adresa poisteného:			
		Poistná zmluva č.:	
Rodné číslo:	IČO:	Tel. č.:	
Vznik škody dňa:	o hod.	Kto zistil vznik škody?	
Miesto vzniku škody (obec, ulica):			
Policajnému zboru bolo hlásené dňa:		adresa PZ:	
Podrobne opíšte ako ku škode došlo:			
Opíšte poškodené veci:			
Rozmer skla:		hrúbka skla:	
Druh skla (lepené, tónované a pod.):			
Bola na skle nalepená bezpečnostná fólia?		<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Boli na skle nalepené, alebo namaľované nápisy?		<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Bola hodnota bezpečnostnej fólie, alebo nápisov zahrnutá do poistnej sumy?		<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Máte dojednané poistenie poškodených vecí na to isté riziko aj u iného poistovateľa?		<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Názov a č. PZ inej poisťovne:			
Uveďte číslo účtu, na ktorý žiadate poukázať poistné plnenie			
účet č.:	vedený v:		
Ste platiteľ dane z pridanej hodnoty?		<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Ak ste fyzická osoba činná v podnikaní, uveďte celú adresu správcu dane:			

Vyhlasujem, že všetky údaje som uviedol pravdivo.

Týmto splnomocňujem Union poisťovňu, a.s. k výkonu administratívnych a právnych úkonov, potrebných k šetreniu a k likvidácii tejto udalosti.

Podľa zákona o ochrane osobných údajov podpisom tohto oznámenia poistnej udalosti dávam súhlas Union poisťovni a.s na spracovanie mojich osobných údajov, uvedených v tomto oznámení, za účelom likvidácie poistnej udalosti. Súhlas je daný na dobu neurčitú a je možné ho kedykoľvek písomne odvolať. Odvolanie nemá spätné účinky

v dňa:

.....

Podpis poisteného