

**Oznámenie škodovej udalosti  
z doplnkového poistenia batožiny k Havarijnému poisteniu**

Číslo poistnej zmluvy	Číslo poistnej udalosti z havarijného poistenia		
Meno a priezvisko poškodeného			
Adresa trvalého bydliska poškodeného			
Rodné číslo			
Telefón / Mobil	E-mail		
Meno, priezvisko a adresa majiteľa vozidla			EČV vozidla
Dátum a čas vzniku poistnej udalosti (deň, mesiac, rok, hodina)			
Miesto vzniku poistnej udalosti (štát, mesto, ulica)			
Podrobný popis vzniku poistnej udalosti			
Vyšetřovala poistnú udalosť polícia? Ak áno, uveďte presnú adresu útvaru polície, ktorý udalosť vyšetřoval			
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie			
Tento druh poistenia mám poistený a uplatnil som si nárok na náhradu škody aj v inej poisťovni. Ak áno, uveďte presný názov a adresu poisťovne			
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie			
Plnenie žiadam poukázať na adresu			
alebo na účet č.		vedený v	

**Priložené doklady označte krížikom:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> nadobúdacie doklady k veciam  | <input type="checkbox"/> kópia poistnej zmluvy |
| <input type="checkbox"/> potvrdenie dopravcu o vzniku a rozsahu poškodenia batožiny počas prepravy dopravy | <input type="checkbox"/> zápis polície         |
| <input type="checkbox"/> cestovný lístok/ batožinový lístok  | <input type="checkbox"/> iné                   |
| <input type="checkbox"/> doklad o úhrade za opravu poškodenej veci/ doklad o neopraviteľnosti veci         |  |

Podľa zákona o ochrane osobných údajov podpisom tohto oznámenia poistnej udalosti dávam súhlas Union poisťovni, a.s. na spracovanie

P. č.	Zoznam poškodených a odcudzených vecí	Zakúpené v roku	Nadobúdacia cena
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

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.

Vyhlasujem, že som všetky údaje uviedol pravdivo a úplne.

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

V ..... dňa .....

.....

podpis poškodeného