

## Formulář pro hlášení škodné události

**ČÁST - B 1/1**

### DŮLEŽITÉ POKYNY PRO POJIŠTĚNÉHO:

- Pojmy použité v tomto formuláři mají shodný význam jako v Pojistné smlouvě, Všeobecných a Zvláštních pojistných podmínkách pojištění GAP. Škodná událost je v tomto formuláři dále uváděna pod zkratkou "PU".
- ČÁST B je třeba vyplnit, podepsat a zaslat Pojistiteli až po likvidaci pojistné události Primárním pojistitelem, včetně všech relevantních dokumentů požadovaných Pojistitelem.
- Prosím, vyplňte všechny části tohoto formuláře a ujistěte se, že jste řádně uvedl(a) všechny požadované informace. V případě potřeby vytvořte a podepište přílohy s dalšími informacemi.
- Neúplně vyplněný nebo Pojištěným nepodepsaný formulář bude Pojistitelem odmítnut. Šetření škodné události bude zahájeno až po předložení kompletně vyplněného a Pojištěným podepsaného formuláře.
- Při komunikaci či korespondenci s Pojistitelem vždy, prosím, uvádějte Registrační číslo Škodné události sdělené Pojistitelem v registračním dopise a rovněž číslo Pojistné smlouvy pojištění GAP.

<b>Číslo Pojistné smlouvy</b>		<b>Číslo Pojistné události: (viz Registrační dopis)</b>	
<b>Údaje o Pojištěném</b>		<b>Korespondenční adresa</b>	
Jméno / Název Pojištěného		Ulice	
RČ / IČ Pojištěného		Číslo popisné / orientační	
Kontaktní osoba (*)		Město	
Telefon		PSČ	
E-mail		Stát	

(\*) V případě práv. osoby uveďte celé jméno osoby, která předkládá tento formulář (statut. zástupce nebo osoba pověřená písemnou plnou mocí).

### Údaje o nároku a pojistném plnění z Primárního pojištění

Název Pojistitele, u kterého byl nárok uplatněn		Obecná / Obvyklá cena vozidla dle Prim. pojistitele	
Typ pojištění, ze kterého byl nárok uplatněn		Částka pojistného plnění Primárního pojistitele	
Důvody krácení pojistného plnění (bylo-li kráceno)		Částka krácení pojistného plnění Prim. pojistitelem	
Lze náhradu spoluúčasti uplatnit z jiného pojištění		Částka odečtené smluvní spoluúčasti	
Pokud ANO, tak z jakého (odpovědnost, apod.)		Celková výše jiných náhrad či plnění (**)	
Jméno / Název kupce zbytků vozidla		Částka odečtené hodnoty zbytků vozidla Prim. pojišť.	
Telefon na kupce zbytků vozidla		Skutečná prodejní cena zbytků dle prodej. dokladu	

(\*\*) Uveďte součet částek, která jste obdržel(a) nebo lze předpokládat jejich obdržení od jiných Pojistitelů či třetích stran osob v rámci této PU.

### Údaje pro účely nároku z GAP pojištění (pojistné plnění bude zasláno na níže specifikovaný bankovní účet)

Vinkulace Pojistného plnění (název finanční společnosti)		Číslo bankovního účtu	
Vinkulace ve prospěch bankovního účtu		Vlastník bankovního účtu	

### Doplňující informace pro Pojistitele

--	--

### PROHLÁŠENÍ POJIŠTĚNÉHO

Já, níže podepsaný Pojištěný tímto prohlašuji, že všechny mnou poskytnuté informace na tomto formuláři včetně všech příloh, prohlášení, stanovisek a vyhlášení v souvislosti s uplatňovaným nárokem na pojistné plnění jsou pravdivé a úplné.  
Dále prohlašuji, že jsem si plně vědom povinnosti Pojištěného i Pojistitele postupovat při likvidaci PU v souladu s příslušnou legislativou, sjednanou Pojistnou smlouvou a pojistnými podmínkami (zejména součinnost Pojištěného při šetření PU, metodika ocenění vozidla k datu vzniku PU, apod.).  
Prohlašuji, že osoby, jejichž osobní údaje jsem Pojistiteli poskytl, seznámím s Pravidly ochrany osobních údajů Pojistitele, a to nejpozději do 1 měsíce, od poskytnutí těchto údajů.

Datum vyplnění hlášení PU		Podpis Pojištěného (nebo zplnomocněného zástupce)	
---------------------------	--	---	--

**Vyplněný a podepsaný formulář zašlete na adresu organizační složky uvedenou výše.**