

# OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

## SPOSOBENEJ ODCUDZENÍM

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:	
Z akých priestorov boli veci odcudzené? (skriňa, miestnosť, sklad)			
Ako bol priestor zabezpečený voči vniknutiu nepovolanej osoby?			
Podrobne opíšte ako bolo odcudzenie vykonané, aké prekážky páchatel' prekonal?			
Boli odcudzené aj peniaze, cennosti alebo ceniny?		Ak áno, z akej schránky (pokladnička, skriňa, trezor) boli odcudzené?	
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie			
Kde bola schránka uložená?			
Aké prekážky prekonal páchatel', aby sa dostal k schránke a do nej?			
Aké bezpečnostné opatrenie ste vykonali alebo vykonáte pre zlepšenie ochrany majetku?			
Máte dojednané poistenie poškodených vecí na to isté riziko aj u iného poisťovateľa?			
<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:			

Por. čís.	Označenie a opis poškodených, zničených alebo odcudzených vecí	Kusov	Kúpené dňa	Nadobúdacia cena za kus (v €)	Hodnota vecí so zreteľom na opotrebovanie

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