



Člen **innogy**



Číslo udalosti:

Vyplní Europ Assistance

Nahlasovanie asistenčných udalostí pre službu Karta Výhod / Havarijná Asistencia / Záruka Plus / Zdravie

1. Osobné informácie

Priezvisko, meno a titul

Dátum narodenia (u produktu Zdravie)

Adresa

E-mail

Telefón

2. Údaje o službe

Jméno zákazníka

Číslo karty výhod

Zákaznícke číslo

Platnosť od – do

- Typ služby: Havarijná asistencia
 Záruka plus elektrospotřebiče
 Záruka plus plynspotřebiče
 Zdravotná asistencia

3. Údaje o udalosti

Miesto udalosti (adresa)

Dátum udalosti

Bola kontaktovaná centrála Europ Assistance? áno nie

Ak nie, prosíme, uveďte dôvod _____

4. Podrobný opis poistnej udalosti
(Čo konkrétne sa stalo, kedy sa to stalo, aký bol váš ďalší postup atp.)

5. Špecifikácia nákladov spojených s udalosťou

Dátum	Poskytovateľ služby	Opis služby a cena	Uhradené
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

Prosíme o zaslanie originálu Vami obdržaných/zaplatených dokladov. V rámci šetrenia si Europ Assistance, s. r. o., vyhradzuje právo vyžiadať doplňujúce doklady.

Očakávate ešte ďalšie výdavky súvisiace s udalosťou? áno nie

Máte aj ďalšie služby alebo poistenie, ktoré kryje vzniknutú udalosť (poistenie majetku/bytu)? áno nie

V prípade že áno, vyplňte nasledujúce údaje o poisťovni / spoločnosti:

_____ Poisťovňa / Spoločnosť _____ Číslo poisťovnej zmluvy / zákaznícké č.

_____ Adresa poisťovne / spoločnosti

6. Bankové údaje pre zaslanie sumy preplatených nákladov

_____ Názov banky _____ Číslo účtu/kód banky

_____ IBAN _____ SWIFT (BIC)

Vyhlasujem, že všetky mnou vyššie uvedené údaje sú pravdivé, a že som nezamlčal(a) žiadnu skutočnosť, ktorá by mala vplyv na šetrenie škody a stanovenie výšky jej náhrady. Som si vedomý(á), že v prípade úmyselného poskytnutia nepravdivých, neúplných a skreslených údajov sa vystavujem nebezpečenstvu stíhania pre trestný čin poisťovacieho podvodu podľa § 223 Trestného zákona.

Súhlasím, aby Europ Assistance, s.r.o., pre účely riadneho plnenia poisťovnej zmluvy spracovávala moje osobné údaje v zmysle zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení, ktoré získala v súvislosti s plnením práv a povinností vyplývajúcich z poistenia. Tento súhlas udeľujem na celú dobu existencie záväzkov vyplývajúcich z poisťovnej zmluvy alebo s ňou súvisiacich.

7. Za klienta

_____ Miesto _____ Dátum _____ Meno a priezvisko klienta _____ Podpis