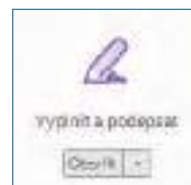




Návod na vyplnění a podepsání formulářů PDF

1 Otevřete formulář PDF v aplikaci Acrobat nebo Reader.

2 Vyberte nabídku Nástroje > Vyplnit a podepsat.



3 Po otevření nástroje vyplníte text do modrých rámečků. U zaškrťovacích polí pouze označíte odpovídající variantu, v případě kolonky „Jiné/Jiný“ odpověď doplníte.

4 V momentě, kdy budete mít vyplněná všechna pole krom podpisu, kliknete na „Podepsat“ a „Přidat podpis“ v horní liště nad dokumentem.



5 Po rozkliknutí se Vám otevře okénko s možnostmi podpisu, vyberte prosím variantu „Kreslit“ a podepište se.



6 Poté už pouze vložíte tvůj podpis na místo „Pojistník“ nebo „Pojištěný“.



7 Dokument uložíte, zašlete nám ho na likvidace@defendinsurance.eu a my se Vám co nejdříve ozveme.





DEFEND INSURANCE
A FORTEGRA COMPANY

Formulář pro hlášení škodní události z pojištění DEFEND Gap

Část B - 1/1

Důležité pokyny pro pojištěného

1. Část B musí být vyplněna a předložena správci až po likvidaci škodní události primárním pojistitelem (havarijní pojištění), včetně všech relevantních požadovaných dokumentů.
2. Prosím, vyplňte všechny části tohoto formuláře a ujistěte se, že jste řádně uvedli všechny požadované informace. V případě potřeby vytvořte a podepište přílohy s dalšími informacemi. K formuláři rovněž přiložte všechny další požadované dokumenty.
3. Neúplně vyplněný nebo pojištěným nepodepsaný formulář bude správcem odmítnut. Šetření škodní události bude zahájeno až po předložení kompletně vyplněného a pojištěným podepsaného formuláře.
4. Při komunikaci či korespondenci se správcem vždy, prosím, uvádějte registrační číslo škodní události sdělené v registračním dopise a rovněž číslo pojistné smlouvy pojištění DEFEND Gap.
5. Pojmy použité v tomto formuláři mají shodný význam jako v pojistných podmínkách pojištění DEFEND Gap.

Vyplněný a podepsaný formulář zašlete elektronicky na: likvidace@defendinsurance.eu, případně na adresu: DEFEND INSURANCE s.r.o., V parku 2294/4, Praha 4, Chodov, 148 00.

Číslo pojistné smlouvy: Číslo ŠU (uvedeno v registračním dopise):

Údaje o pojištěném

Název společnosti* / Jméno a příjmení pojištěného / pověřeného*:

IČO společnosti / Rodné číslo pojištěného / pověřeného*:

Telefon:

E-mail:

Korespondenční adresa:

(*) V případě, že je pojištěný právnickou osobou, uveďte celé jméno osoby, která předkládá tento formulář (statutární zástupce nebo osoba pověřená jednat na základě plné moci).

Údaje o nároku z primárního pojištění

Název pojistitele, u kterého byl nárok uplatněn: Obecná hodnota vozidla stanovená prim. pojistitelem:

Typ pojištění, ze kterého byl nárok uplatněn (hav., pov.): Výše vyplaceného pojistného plnění primárním pojistitelem:

Důvody krácení plnění při vypořádání nároku: Výše krácení plnění při vypořádání nároku:

Lze uplatnit spoluúčast z jiného než DEFEND Gap, pokud ANO, z jakého Výše odečtené smluvní spoluúčasti:

(odpovědnost, jiný GAP, ...): Celková výše jiných náhrad (**):

Jméno / Název kupce zbytků vozidla: Výše odečtené hodnoty zbytků vozidla primárním pojistitelem:

Kontaktní údaje kupce zbytků vozidla (telefon): Výše skutečné hodnoty zbytků vozidla dle dokladu o prodeji:

(**) Uveďte součet všech částek, které jste obdrželi nebo lze předpokládat jejich obdržení a nebo jiných nároků, které mohou být vyplaceny v penězích od jakýchkoliv jiných Pojistitelů nebo třetích osob v souvislosti s PU.

Údaje pro účely uplatnění nároku z DEFEND Gap pojištění

Vinkulace pojistného plnění (ANO včetně názvu / NE): Bankovní účet - vlastník účtu:

Název banky: Bankovní účet - předčísí, číslo a kód banky:

Přílohy k uplatnění nároku (minimálně v rozsahu obdržené žádosti o zaslání dokladů)

- ☐ Kopie dokladu o ukončení šetření policie nebo jiného relevantního vyšetřovacího orgánu státní správy (byla-li PU šetřena).
- ☐ Kopie kompletního likvidačního protokolu primárního pojistitele se všemi případnými přílohami.
- ☐ Kopie dokladu o prodeji zbytků (je vyžadováno pouze v případě havárie nebo živelní události).
- ☐ Kopie dokladu o vyřazení poškozeného vozidla z evidence vedené u příslušného registračního úřadu (je vyžadováno pouze v případě havárie nebo živelní události).
- ☐ Další dokumenty:
- ☐ Další dokumenty:

Já, níže podepsaný, prohlašuji, že všechny informace zde uvedené jsou pravdivé a úplné. S plnou odpovědností беру na vědomí, že vědomé poskytnutí nepravdivých informací při hlášení škodní události je trestným činem.

V dne

Pojištěný



DEFEND INSURANCE
A FORTEGRA COMPANY