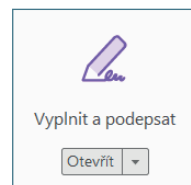


Návod na vyplnění a podepsání formulářů PDF

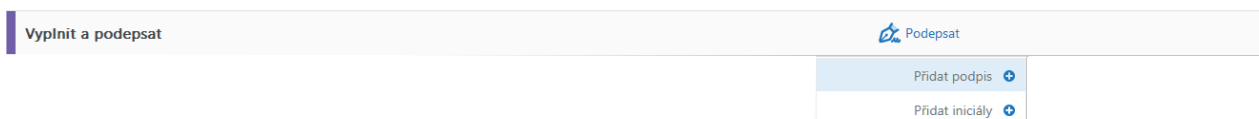
1 Otevřete formulář PDF v aplikaci Acrobat nebo Reader.

2 Vyberte nabídku Nástroje > Vyplnit a podepsat.

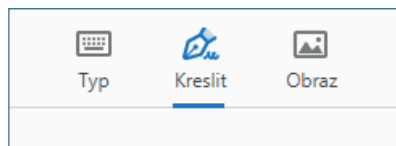


3 Po otevření nástroje vyplníte text do modrých rámečků. U zaškrťovacích polí pouze označíte odpovídající variantu, v případě kolonky „Jiné/Jiný“ odpověď doplníte.

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.



Důležité pokyny pro pojištěného

1. Část A musí být vyplněna a předložena správci bez zbytečného odkladu v co nejkratším možném termínu po vzniku škodní události (dále jen „ŠU“).
2. Jakékoliv zpoždění, které může mít vážný dopad na schopnost pojistitele řádně posoudit nebo vyšetřit škodní událost, může být považováno za důvod pro snížení nebo zamítnutí pojistného plnění.
3. 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.
4. Neúplně vyplněný nebo pojištěným nepodepsaný formulář (na každé straně) bude pojistitelem odmítnut. Šetření škodní události bude zahájeno až po předložení kompletně vyplněného a pojištěným podepsaného formuláře.
5. 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.
6. 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., Roztylská 1860/1, 148 00 Praha - Chodov, Tel.: +420 233 103 111

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:

.....

.....

Kdo užíval vozidlo v době těsně před ŠU:

.....

Nebyl-li to pojištěný - proč někdo jiný použil vozidlo:

.....

.....

Nebyl-li to pojištěný - kde byl pojištěný v době ŠU:

.....

Nebyl-li to pojištěný - jaký vztah má k pojištěnému:

.....

Nebyl-li to pojištěný - kdo a jak informoval pojištěného:

.....

Minulé totální škody pojištěného:

.....

.....

Pojištěný - doplňkové údaje:

.....

.....

Údaje o vozidle

Značka a model vozidla:

Registrační značka vozidla:

VIN:

Vlastník vozidla (dle TP):

Důvod proč pojištěný není vlastníkem:

Provozovatel vozidla (dle TP):

Stav vozidla na počátku pojištění (Nové / Ojeté):

Kategorie vozidla (Osobní / Nákladní):

Stav km v době vzniku ŠU:

Stav vozidla v době vzniku ŠU (předchozí poškození):

.....

.....

Kdy bylo vozidlo pořízeno:

Kde bylo vozidlo pořízeno:

Pořizovací cena vozidla dle faktury:

Způsob financování vozidla (hotově / úvěr / ...):

Platnost STK do:

Kdy a kde bylo vozidlo naposledy servisováno:

.....

Datum a stav km posledního servisu vozidla:

Název pojistitele Vašeho havarijního pojištění nebo povinného ručení:

.....

Číslo pojistné smlouvy Vašeho havarijního pojištění či povinného ručení:

.....

Sjednaná výše spoluúčasti u Vašeho havarijního pojištění či povinného ručení:

.....

Jiná pojištění vztahující se k vozidlu (GAP, spoluúčast,...):

.....

(*) 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).

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

Detaily pojistné smlouvy a škodní události

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

Datum, čas a místo vzniku ŠU:

K jakému účelu bylo vozidlo používáno (přesný popis):

Okolnosti vzniku ŠU - podrobný popis:

Šetření ŠU policií (datum a čas nahlášení; kdo ji nahlásil):

Policie (kontakt; číslo jednací):

Nebylo-li šetřeno policií - proč:

Svědci ŠU (kontakt / vztah k pojištěnému):

Povinné ručení či havarijní pojištění - kdy a kdo byl informován (kontaktní údaje):

Údaje o škodě na vozidle (havárie / živel / ostatní)

Důvod ŠU (havárie / živel / ostatní):

Identifikace dalších zúčastněných vozidel:

Identifikace dalších účastníků:

Kolik spolucestujících bylo ve vozidlech:

Specifikace zjištěných zranění účastníků:

Výsledky testu na alkohol (všech účastníků):

Uznala některá ze stran zavinění - kdo, proč:

Komunikovali účastníci po ŠU:

Znal pojištěný jiného účastníka před vznikem ŠU:

Potkal pojištěný jiného účastníka před nebo po ŠU:

Intenzita provozu v době ŠU:Povětrnostní podmínky v době ŠU:.....

Rychlosti vozidel před a v okamžiku nárazu:

Vzdálenost mezi vozidly před nárazem:

Kdo a kam odtáhl vozidlo:

Bylo-li vozidlo převezeno, proč:

Kde se vozidlo nachází nyní (včetně kontaktu):

Jde o prodejce daného vozidla a jeho pojištění:

Kdo rozhodoval o převozu vozidla:

Údaje o odcizení vozidla

Jak bylo odcizení vozidla zjištěno:

Kým bylo odcizení vozidla zjištěno:

Kdy bylo vozidlo naposledy spatřeno (datum a čas):

Kde bylo vozidlo naposledy spatřeno (stručně):

Není-li to registrovaná adresa pojištěného, proč:

Kým bylo vozidlo naposledy spatřeno:

Kdo a kdy naposledy použil vozidlo (jméno, datum a čas):

Jak bylo vozidlo zabezpečeno proti krádeži:

Kolik klíčů bylo dodáno k vozidlu, kolik jich je nyní a kde jsou:

Kolik klíčů bylo předáno havarijní pojišťovně:

V dne

Pojištěný

PROLÁŠENÍ O ZPLNOMOCNĚNÍ

Já, níže podepsaný Pojištěný, uděluji tímto plnou moc společnosti DEFEND INSURANCE s.r.o. (DEFEND) a jejímu řádně ustanovenému zástupci pro účely šetření výše uvedené ŠU, a to ve vztahu ke kterémukoliv:

Pojistiteli, prodejci i opravci vozidla, bance a nebo leasingové společnosti, orgánům státní správy, jiné právnické nebo fyzické osobě a nebo ustanovenému zástupci kterékoliv z těchto osob v následujícím rozsahu:

- požadovat a obdržet informace týkající se šetření výše uvedené ŠU, a to i v průběhu šetření, požadovat a obdržet kopie dokumentů týkajících se Primárního pojištění nebo nároků uplatněných podle Primárního či jiného pojištění vozidla,
- ověřit pořízení, podrobnosti o způsobu používání, záznamy o provozu a servisních kontrolách výše uvedeného vozidla, šetřit a ověřit okolnosti vedoucí k ŠU a vzniku nároku na pojistné plnění,
- ověřit jakoukoliv výše uvedenou informaci a prohlášení, včetně práva požadovat dokumenty potvrzující dané prohlášení.

Tímto uděluji DEFEND a Primárnímu pojistiteli můj výslovný souhlas poskytnout nebo sdílet informace (včetně mých osobních údajů) týkající se mé smlouvy o Primárním pojištění, mé smlouvy o GAP pojištění a mých příslušných nároků vzniklých v důsledku ŠU. Dále prohlašuji, že všechny informace zde uvedené jsou pravdivé a úplné a že událost, v důsledku které vyvstal nárok na pojistné plnění, byla náhodná, neočekávaná událost. Vědomé poskytnutí nepravdivých informací či prohlášení při hlášení ŠU je trestným činem. DEFEND hlásí všechny případy pojistných podvodů příslušným orgánům, a podniká všechny právní kroky k náhradě výdajů a vyplaceného pojistného plnění.

V dne

Pojištěný