

Prezentační razítko:	Jméno a osobní číslo pracovníka, který oznámení přijal:
	Podpis pracovníka, datum:

Oznámení škodné události

z pojištění majetku z pojištění odpovědnosti

POJIŠTĚNÝ		Číslo pojistné smlouvy:	
Rodné číslo	Příjmení:	Jméno:	Titul:
IČ:	Firma/název společnosti:		
Adresa trvalého pobytu (bydliště/sídlo)	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:		PSČ:
Ulice (místo), č.p./č.or.:		Obec – dodací pošta:	
Korespondenční adresa	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:		PSČ:
Ulice (místo), č.p./č.or.:		Obec – dodací pošta:	
Plátce DPH: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	E-mail, jiný kontakt:		Telefon:
Osoba pověřená jednáním s pojistitelem:			

ÚDAJE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI	
Kdy škodná událost vznikla (den, měsíc, rok, hodina, časový interval)?	
Kde škodná událost vznikla (obec, ulice, dům č.p., okres, stát)?	PSČ:
Příčina vzniku škodné události – podrobný popis:	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
Odpovídá někdo za škodnou událost <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Částečně	Kdo:
Byla událost někým šetřena (policie, hasiči, jiné)? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Adresa a čj.:
Svědci události (jméno, příjmení, adresa, telefon, mobil, fax, E-mail):	
.....	

POŠKOZENÝ (týká se pouze pojištění odpovědnosti)			
Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
IČ:	Firma/název společnosti:		
Adresa trvalého pobytu (bydliště/sídla)	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:		PSČ:
Ulice (místo), č.p./č.or.:		Obec – dodací pošta:	
Korespondenční adresa:	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:		PSČ:
Ulice (místo), č.p./č.or.:		Obec – dodací pošta:	
Osoba pověřená jednáním s pojistitelem:			
Plátce DPH: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	E-mail, jiný kontakt:		Telefon:
Je poškozený manželem pojištěného nebo jeho příbuzným v řadě přímé? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Žil poškozený v době škodné události ve společné domácnosti s pojištěným? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Je poškozený společníkem pojištěného případně osobou společníku blízkou? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Uplatnil poškozený nárok na náhradu újmy proti pojištěnému? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte datum kdy:	Považujete nárok na náhradu újmy za oprávněný? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	

Platnou variantu označte křížkem.

