

1. DATUM A MÍSTO NEHODY

Datum:

Místo nehody:

Okres:

Stát:

2. ŠETŘENÍ POLICIE

Šetřeno policií:

Adresa:

Jednací číslo:

3. SVĚDCI NEHODY (JMÉNO, ADRESA, TELEFON)

4. POJIŠTĚNÍ/VINÍK – JEHOŽ VOZIDLEM BYLA ŠKODA ZPŮSOBENA

Číslo dokladu o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou z provozu vozidel:

Jméno a příjmení (držitel, obchodní jméno):

Adresa:

PSČ:

Telefon:

5. POŠKOZENÝ

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Adresa:

PSČ:

Telefon:

6. ŘIDIČ POŠKOZENÉHO VOZIDLA

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

Adresa:

PSČ:

Telefon:

7. ŠKODA NA ZDRAVÍ

Jméno a příjmení:

Rodné číslo:

E-mail:

Adresa:

PSČ:

Telefon:

Adresa zdravotnického zařízení:

Uplatníte odškodnění jako pracovní úraz (správnou odpověď označte křížkem)

ANO ☐ NE ☐

Vznikla ztráta na výdělku (správnou odpověď označte křížkem)

ANO ☐ NE ☐

8. JAKÁ DALŠÍ ŠKODA VZNIKLA A V JAKÉ VÝŠI

9. NÁHRADU ŠKODY POŽADUJI POUKÁZAT NA

Svoji adresu:

Název města (obce):

PSČ:

Číslo účtu:

Kód banky:

Název banky:

Jméno majitele účtu:

Prohlašuji a svým podpisem potvrzuji:

- údaje v tomto oznámení jsou pravdivé,
- souhlasím s poskytnutím informací týkajících se výše uvedené nehody Česká kanceláři pojistitelů,
- souhlasím, aby byla ošetřujícími lékaři na žádost ČPP a. s. vydána lékařská zpráva nebo posudek o mém zdravotním stavu a o jeho změně související s následky poškození na zdraví.

V

dne

Podpis poškozeného: