ČPP
VIENNA INSURANCE GROUP

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI POŠKOZENÝM

PU č.:

z pojištění odpovědnosti z provozu vozidla podle zákona č. 30/2024 Sb., § 28 odst. 1

DATUM A MÍSTO NEHODY:

Datum:	Čas:
Místo nehody:	
Okres:	Stát:

ŠETŘENO POLICIÍ:

☐ Ano ☐ Ne	
Adresa:	
Sídlo firmy:	
Číslo jednací:	

SVĚDCI NEHODY:

Jméno:	Telefon:
Adresa:	

POJIŠTĚNÝ /VINÍK – JEHOŽ VOZIDLEM BYLA ŠKODA ZPŮSOBENA:

Číslo dokladu o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou z provozu vozidel:	
Jméno a příjmení (držitel, obchodní jméno):	Telefon:
Adresa:	PSČ:
SPZ:	Tovární značka:
rozsah poškození (vozidla viníka):	

POŠKOZENÝ:

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	Telefon:
Adresa:		PSČ:

ŘIDIČ POŠKOZENÉHO VOZIDLA:

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	Telefon:
Číslo ŘP:		Skupina:
Adresa:		PSČ:
Email:		

ŠKODA NA ZDRAVÍ:

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	Telefon:	
Adresa:		PSČ:	
Adresa zdravotnického zařízení:			
Uplatníte odškodnění jako pracovní úraz (správnou odpověď označte křížkem):		☐ Ano	☐ Ne
Vznikla ztráta na výdělku (správnou odpověď označte křížkem):		☐ Ano	☐ Ne

JAKÁ DALŠÍ ŠKODA VZNIKLA A V JAKÉ VÝŠI:

NÁHRADU ŠKODY POŽADUJI POUKÁZAT NA:

Svoji adresu:	PSČ:
Název města (obce):	
Číslo účtu:	Kód banky:
Název banky:	
Jméno majitele účtu:	

Prohlašuji a svým podpisem potvrzuji:
a) údaje v tomto oznámení jsou pravdivé
b) souhlasím s poskytnutím informací týkajících se výše uvedené nehody České kanceláři pojistitelů
c) 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