

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

Oznámení škodné události

z pojištění majetku

z pojištění odpovědnosti za škodu

POJIŠTĚNÝ		Číslo pojistné smlouvy:	
Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
IČ:	Název firmy:		
Adresa bydliště	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:	PSC / ZIP kód:	
Ulice (místo), č. p.:	Obec - dodací pošta:		
Korespondenční adresa ¹⁾	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:	PSC / ZIP kód:	
Ulice (místo), č. p.:	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 ŠKODĚ	
Kdy škoda vznikla (den, měsíc, rok, hodina, časový interval)?	
Kde škoda vznikla (obec, ulice, dům č. p., okres, stát)?	PSC / ZIP kód:
Příčina vzniku škody - podrobný popis:	
.....	
.....	
.....	
.....	
Odpovídá někdo za škodu? <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 za škodu)			
Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
IČ:	Název firmy:		
Adresa bydliště	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:	PSC / ZIP kód:	
Ulice (místo), č. p.:	Obec - dodací pošta:		
Korespondenční adresa ¹⁾	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:	PSC / ZIP kód:	
Ulice (místo), č. p.:	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 škody proti pojištěnému? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte datum kdy: _____	Považujete nárok na náhradu škody za oprávněný? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	

Platnou variantu označte křížkem.

