



Oznámení škodní události

Pojištění odpovědnosti občanů

Číslo škodní události:

Doručeno pojistiteli dne:

Poškozené a zničené věci laskavě uschovejte, popř. vyčkejte s jejich opravou či likvidací do prohlídky likvidátorem. Při nedodržení stanoveného postupu se můžete zbavit možnosti prokázat vznik a rozsah škodní události.

V případě více poškozených uveďte jejich seznam na zvláštní příloze.

Nárok na pojistné plnění uplatňujete z pojištění:

Odpovědnosti vyplývající z činnosti v běžném občanském životě

Odpovědnosti vyplývající z vlastnictví nebo držby pojištěné nemovitosti

Odpovědnosti zaměstnance za škodu způsobenou zaměstnavateli

Číslo pojistné smlouvy

Pojištěný:

RČ / IČO:

Firma / Jméno a příjmení:

Ulice, č. popisné:

Obec:

PSČ:

Email:

Telefon:

Poškozený:

Vztah k pojištěnému:

RČ / IČO:

Firma / Jméno a příjmení:

Adresa:

Email:

Telefon:

Žijete s poškozenou osobou ve společné domácnosti?

Ano Ne

Škodní událost

Datum a hodina vzniku (popř. časový interval):

Adresa místa vzniku:

Shodná s adresou pojištěného?

Ano Ne

Ulice, č. popisné:

Obec:

PSČ:

Doplňující údaje o místě újmy nebo škody:

Příčina vzniku újmy nebo škody - podrobný popis:

Osoba, která újmu nebo škodu zavinila:

Osoba shodná s pojištěným?

Ano Byla újma nebo škoda hlášena na policii, hasičům nebo jiným orgánům? Ano Ne

Pokud Ano, uveďte podrobnosti.

Je ve věci této škodní události vedeno soudní řízení?

Ano Ne

Pokud Ano, uveďte adresu a č.j.

Svědci:

Ano Ne

Přichází v úvahu vina či spoluvina poškozené osoby? Ano Ne

--

Byl vůči vám uplatněn nárok na náhradu újmy nebo škody? Ano Ne Ústně Písemně

Písemný požadavek přiložte k hlášení.

Je výše požadované náhrady podle Vašeho názoru odpovídající? Ano Ne Stanovisko uveďte na zvláštní příloze.

Jak došlo ke zranění? Vypĺňuje se pouze při újmě na zdraví.

--

Který lékař nebo zdravotnické zařízení poskytlo první pomoc? Vypĺňuje se pouze při újmě na zdraví.

--

Seznam a popis poškozených (P), ztracených (ZT) nebo zničených (ZN) věcí: Vypĺňuje se pouze při škodách na věcech.

Pol. č.	Popis věci, zkratka	Počet kusů	Stáří (roky)	Pořizovací cena v Kč	Výše škody v Kč

Při nedostatku místa uveďte údaje na zvláštní příloze. Škoda celkem:

Bude nebo byl uplatněn nárok na pojistné plnění u jiného pojistitele? Ano Ne Pokud Ano, u kterého?

Číslo účtu pro případné pojistné plnění:

Peněžní ústav: Číslo účtu: Kód banky:

Počet příloh:

Prohlašuji, že jsem všechny otázky zodpověděl pravdivě a úplně a jsem si vědom důsledků nesprávných odpovědí pro povinnost pojistitele poskytnout pojistné plnění.

Žadatelem o pojistné plnění je Pojištěný Poškozený Jiný žadatel

V _____ dne _____
podpis žadatele

Informace o žadateli (je-li odlišný od pojištěného nebo poškozeného)

Jméno a Příjmení/Název společnosti:	<input type="text"/>		
Adresa/Sídlo:	<input type="text"/>		
RČ/Datum narození/IČO:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
Právní zájem žadatele na pojistném plnění:	<input type="text"/>		