

## Oznámenie o vzniku škody z poistenia zodpovednosti za škodu

Pre urýchlenie likvidácie škodovej udalosti je potrebné, aby ste odpovedali na všetky otázky čo najpresnejšie a najvýstižnejšie. Správne odpovede označte krížikom v príslušnom štvorčeku a uveďte odpovede na doplnkové otázky. Priložte všetky dostupné doklady. *(Obráťte list na druhú stranu)*

### Poistený

Meno, priezvisko	
Ulica a číslo domu	
PSČ / Mesto	
IČO/DIČ (Rodné č.)	
Tel.č.	
E-mail	
Máte uzavreté aj iné poistenie na toto riziko?	<input type="checkbox"/> - áno <input type="checkbox"/> nie

### Poškodený

Meno, priezvisko	
Ulica a číslo domu	
PSČ / Mesto	
IČO/DIČ (Rodné č.)	
Tel.č.	
E-mail	
Číslo účtu pre poistné plnenie	

Dátum a čas vzniku škody	dňa	o	:	hod.	Poistná zmluva č.
Miesto vzniku škody	v	ulica		č. domu	posch.
Podrobný popis vzniku a priebehu škody					
Aké opatrenia ste vykonali na zmiernenie škody					
Čo bolo predmetom udalosti	<input type="checkbox"/> majetok <input type="checkbox"/> zdravie <input type="checkbox"/> odložené alebo zverené veci <input type="checkbox"/> úmrtie poškodeného (uveďte pozostalého)				
Ak vznikla újma na zdraví, uveďte aká	Popis zranenia Názov a adresa liečebného zariadenia Vek poškodeného      Rodinný stav      Jedná sa o pracovný úraz? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie				
Ak vznikla škoda na veciach zverených, uveďte dôvod zverenia	<input type="checkbox"/> na opravu <input type="checkbox"/> na spracovanie <input type="checkbox"/> do úschovy <input type="checkbox"/> vec v užívaní <input type="checkbox"/> iný dôvod				
Ak boli odložené alebo vnesené veci odcudzené, uveďte	Boli veci uložené na mieste na to určenom alebo obvyklom? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie - kde? Ako boli veci zabezpečené proti odcudzeniu Kedy poškodený uplatnil nárok na náhradu škody      a akým spôsobom				
Podľa Vášho názoru ste škodu zaviniли?	<input type="checkbox"/> - v čom spočíva zavinenie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie				
V akom vzťahu je poškodený k Vám?	<input type="checkbox"/> zamestnávateľ <input type="checkbox"/> žije v spoločnej domácnosti <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> príbuzenský, aký?: <input type="checkbox"/> v žiadnom bližšom vťahu <input type="checkbox"/> iný				
Zavinili ste udalosť sám?	<input type="checkbox"/> - spoluvinník <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie (v čom spočíva spoluvina)				
Ak škodu zaviniли zamestnanec, uveďte meno a adresu					
Bol zamestnanec zaškolený na druh práce, pri ktorej došlo ku škode?	<input type="checkbox"/> alebo potrebné <input type="checkbox"/> áno - dátum zaškolenia <input type="checkbox"/> nie - prečo				

Spôsobil škodu maloletý?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno - vek celé meno maloletého a adresa meno osoby alebo inštitúcie zodpovednej za maloletého
Mená a adresy svedkov		

Vyšetřovala vznik škody polícia?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno - uveďte presný názov policajnej zložky a adresu - číslo vyšetřovacieho spisu ORP
Je vedené trestné konanie?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno -názov a adresa súdu -dátum pojednávania -aktuálny stav
		číslo konania:

Bola od Vás žiadaná náhrada za škodu?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno -kým -v akej výške	€	(priložte kópie všetkých obdržaných dokladov)
---------------------------------------	------------------------------	--	---	---

Č.	Poškodené, zničené, stratené veci (Názov, popis, výrobné číslo, iné údaje)	Množstvo [ks, m, ...]	Cena novej veci [€ / m.j.]	Vek	Stav veci Poškodená Zničená	Cena spolu [€]
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

(v prípade väčšej škody priložte samostatný zoznam)

Spolu

Kde sa nachádzajú poškodené veci? .....

<b>Prehlásenie poisteného: Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:</b>		
a) v zamestnaneckom, či inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu k spoločnosti Colonnade	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
b) príbuzným (rodič, dieťa, prarodič, vnuk, vnučka, súrodenec, manžel/ka) zamestnanca spoločnosti Colonnade	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
c) finančným sprostredkovateľom v zmysle osobitného zákona pre spoločnosť Colonnade	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie

Poškodený je platca DPH? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - IČ DPH
<b>Poškodený si týmto uplatňuje od poisteného nárok na náhradu škody v rozsahu uvedenom v tomto oznámení, prehlasuje a podpisom potvrdzuje, že všetky údaje o rozsahu sú pravdivé.</b> .....
Meno, podpis (pečiatka) poškodeného

Prehlasujem, že na všetky otázky som odpovedal(a) úplne a pravdivo. Súčasne splnomocňujem poisťovňu, aby túto škodu s poškodeným prejedнала a ak to bude v súlade s právnymi predpismi, škodu poškodenému nahradila.

V ..... dňa .....	.....
Meno a priezvisko poisteného alebo oprávneného zástupcu	Podpis