

Oznámenie o škodovej udalosti z poistenia EuroGAP

Pre urýchlenie likvidácie škodovej udalosti je potrebné, aby ste odpovedali na všetky otázky čo najpresnejšie a najvstížnejšie. Správne odpovede označte krížikom v príslušnom štvorčeku a uveďte odpovede na doplnkové otázky. Priložte všetky dostupné doklady.

Meno a priezvisko poisteného (Obch. názov)		Poistná zmluva č.	
Ulica a číslo		Tel. číslo	
PSČ/Mesto		E-mail	
Rodné číslo/IČO		Platca DPH?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno IČ DPH
VIN číslo vozidla		Evidenčné číslo	
Číslo účtu			

Dátum vzniku škody		Celkový stav najazdených km vozidla	
Miesto vzniku škody			
Adresa uloženia vozidla		Kontakt na osobu, ktorá umožní prístup k vozidlu	
Typ škody	<input type="checkbox"/> nehoda <input type="checkbox"/> krádež <input type="checkbox"/> požiar <input type="checkbox"/> živel (povodeň/záplava, pád predmetu) <input type="checkbox"/> vandalizmus		
Podrobný popis vzniku a priebehu škody			
Meno vodiča vozidla v čase vzniku škody		Vzťah k poistenému	
Výsledok testu na alkohol vodiča vozidla			
Zavinenie, kto spôsobil škodu		Vzťah k poistenému	
Vyšetřovala vznik škody polícia?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno – uveďte názov a adresu oddelenia polície: číslo vyšetřovacieho spisu ORP:	

Prehlásenie poisteného: Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:

a) v zamestnaneckom, či inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu k spoločnosti Colonnade áno nie

b) príbuzným (rodič, dieťa, prarodič, vnuk, vnučka, súrodenec, manžel/ka) zamestnanca spoločnosti Colonnade áno nie

c) finančným sprostredkovateľom v zmysle osobitného zákona pre spoločnosť Colonnade áno nie

Prehlasujem, že na všetky otázky som odpovedal(a) úplne a pravdivo.

V	dňa
Meno a priezvisko poisteného alebo oprávneného zástupcu	Podpis