

Oznámenie poisteného o vzniku škody z poistenia zodpovednosti

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.

Meno poisteného (obch. názov)	Poistná zmluva č.
Ulica a číslo	Tel. číslo
PSČ/Mesto	E-mail
(Dátum narodenia)	Platca DPH? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno IČ DPH

Dátum a čas vzniku škody	dňa o : hod.
Miesto vzniku škody	V ulica č. domu posch.
Kde vznikla škoda?	<input type="checkbox"/> budova <input type="checkbox"/> byt <input type="checkbox"/> sklad <input type="checkbox"/> suterén <input type="checkbox"/> strecha <input type="checkbox"/> predajňa <input type="checkbox"/> kancelária <input type="checkbox"/> iné
Meno poškodeného (Obch. názov)	
Bola poškodenému už poskytnutá náhrada škody alebo jej časť?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte formu a výšku poskytnutej náhrady
Podrobný popis vzniku a priebehu škody	
Uveďte popis a rozsah poškodenia	
Aké opatrenia ste vykonali na zmiernenie škody?	
Vyšetrovala vznik škody polícia?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte adresu policajnej zložky: číslo vyšetrovacieho spisu ORP <i>(Potvrdenie polície o hlásení vzniku škody doložiť v prílohe)</i>
Vznikla Vám podobná škoda v minulosti?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte aká a kedy č. PU
Kto zodpovedá za vzniknutú škodu?	<input type="checkbox"/> poistený <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> iná osoba <input type="checkbox"/> spolupoistený <input type="checkbox"/> subdodávateľ <input type="checkbox"/> neznámy páchatel Meno a adresa toho, kto škodu spôsobil alebo za škodu zodpovedá

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

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

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

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