

## Oznámenie o škode na osadených a vsadených sklách

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 prílohy.

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

Dátum a čas vzniku škody	dňa	o	:	hod.
Miesto vzniku škody	v	ulica	č. domu	posch.
Podrobný popis vzniku a priebehu škody				
Vlastníctvo poškodených vecí	<input type="checkbox"/> vlastné veci <input type="checkbox"/> cudzie veci prevzaté <input type="checkbox"/> cudzie veci prenajaté, tiež leasing			
Vyšetrovala vznik škody polícia?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno - uveďte názov a adresu oddelenia polície: 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"/> - uveďte aká a kedy áno č. PU		
Máte súbežne uzavretú aj inú poistnú zmluvu na toto riziko?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> - uveďte názov a sídlo poisťovne: áno č. PZ		
Kto zodpovedá za vzniknutú škodu?	<input type="checkbox"/> poistený <input type="checkbox"/> spolupoistený <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> subdodávateľ <input type="checkbox"/> iná osoba <input type="checkbox"/> neznámy páchatel'		Meno a adresa toho, kto škodu spôsobil alebo za škodu zodpovedá	

Technická špecifikácia, typ skla	
Rozmer skla	
Doplňok skla	<input type="checkbox"/> bezpečnostná fólia <input type="checkbox"/> reklamná fólia <input type="checkbox"/> iné

**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