

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?

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

Poškodený je platca DPH? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - IČ DPH
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.
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