

Oznámenie škody na veciach pri preprave

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.	Použitie vozidlo (EČV)
Miesto vzniku škody	V ulica č. domu: posch.:	
Trasa prepravy	Z Do	
Kto vykonával prepravu		
Podrobný popis vzniku a priebehu škody		
Vlastník poškodených vecí		
Vyšetrovala vznik škody polícia?	<input type="checkbox"/> áno - uveďte názov a adresu oddelenia polície: nie číslo vyšetrovacieho spisu ORP:	
Máte súbežne uzavretú aj inú poistnú zmluvu na toto riziko?	<input type="checkbox"/> - uveďte názov a sídlo poisťovne nie áno č. PZ	
Kto zodpovedá za vzniknutú škodu?	<input type="checkbox"/> bez zavinenia <input type="checkbox"/> spolupoistený <input type="checkbox"/> vodič <input type="checkbox"/> subdodávateľ <input type="checkbox"/> neznámy páchatel' <input type="checkbox"/> iná osoba	Meno a adresa toho, kto škodu spôsobil alebo za škodu zodpovedá

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						
(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

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

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