

## Oznámenie o škodovej udalosti zo stavebno-montážneho poistenia

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 požadované prílohy. (Obráťte list na druhú stranu.)

### Poistený

Meno a priezvisko (Obchodný názov)	
Ulica a číslo domu	
PSČ/mesto	
IČO/DIČ (rodné č.)	
Telefón	
E-mail	
Číslo účtu pre poistné plnenie	

### Poškodený

Meno a priezvisko (Obchodný názov)	
Ulica a číslo domu	
PSČ/mesto	
IČO/DIČ (rodné č.)	
Telefón	
E-mail	
Číslo účtu pre poistné plnenie	

Dátum a čas vzniku škody	dňa	:	hod.	Poistná zmluva č.
Miesto vzniku škody (adresa - názov diela)				
Typ škody	<input type="checkbox"/> pri stavebno-montážnej činnosti <input type="checkbox"/> odcudzenie <input type="checkbox"/> vandalizmus <input type="checkbox"/> živel <input type="checkbox"/> zodpovednosť <input type="checkbox"/> stroj <input type="checkbox"/> iné			
Podrobný popis vzniku a priebehu škody				
Spôsob zabezpečenia odcudzených vecí				
Aké opatrenia ste vykonali na zmiernenie rozsahu škody?				
Vlastníctvo poškodených vecí	<input type="checkbox"/> vlastné veci <input type="checkbox"/> cudzie veci prevzaté <input type="checkbox"/> cudzie veci prenájaté, tiež leasing			
Ste platcom DPH?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno IČ DPH:		
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 je potrebné 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 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"/> nezn. páchatel'		Meno (názov) a adresa toho, kto škodu spôsobil alebo za škodu zodpovedá	

Podľa Vášho názoru ste škodu zavinili?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> - uveďte v čom spočíva zavinenie áno		
Bola od Vás žiadaná náhrada za škodu?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> - kým <input type="checkbox"/> áno - v akej výške    € (priložte kópie všetkých obdržaných dokladov)		

## Rozsah vzniknutej škody

	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						
11						
12						
	(v prípade väčšej škody priložte samostatný zoznam)				Spolu	

Názov stroja					
Výrobca stroja			Typ stroja		
Výrobné číslo stroja			Rok výroby		
Je stroj v záručnej dobe?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno		Dátum uvedenia stroja do prevádzky	

Kde sa nachádzajú poškodené veci? .....

<b>Prehlásenie poisteného: Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:</b>					
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

### Túto časť vyplňuje poškodený pri škode uplatňovanej z poistenia zodpovednosti poisteného

Poškodený si uplatnil alebo uplatní škodu aj z iného poistenia	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> - uveďte názov a sídlo poisťovne: áno č. PU	
Poškodený je plátcom DPH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Meno a priezvisko
	nie	áno - IČ DPH	
Poškodený si týmto uplatňuje od poisteného nárok na náhradu škody v rozsahu vedenom v tomto oznámení, prehlasuje a podpisom potvrdzuje, že všetky údaje o rozsahu sú pravdivé.			..... podpis (pečiatka) poškodeného

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

V prípade škody z poistenia zodpovednosti poisteného splnomocňujem poisťovňu, aby 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