



## 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 štvorcíku a uveďte odpovede na doplnkové otázky. Priložte všetky požadované prílohy. *(Obráťte list na druhú stranu.)*

Poistený	Poškodený
Meno (Obchodný názov)	Meno (Obchodný názov)
Ulica a číslo domu (Sídlo)	Ulica a číslo domu (Sídlo)
PSČ / Mesto (Obec)	PSČ / Mesto (Obec)
IČO/DIČ (Rodné č.)	IČO/DIČ (Rodné č.)
Telefón	Telefón
e-mail	e-mail
Číslo účtu pre poistné plnenie	Číslo účtu pre poistné plnenie

Dátum a čas vzniku škody	dňa ..... o ..... : ..... 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"/> vandal <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 prenajaté, tiež leasing		
Ste platcom DPH?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> - uveďte presnú adresu daňového úradu: <b>IČ DPH:</b> .....	
Vyšetrovala vznik škody polícia?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> - uveďte presný názov policajnej zložky a adresu: <b>číslo vyšetrovacieho spisu ORP</b> <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	<input type="checkbox"/> - uveďte aká a kedy č. PU	
Máte súbežne uzavretú aj inú poistnú zmluvu na toto riziko?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> - uveďte názov a sídlo poisťovne: 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 páchateľ	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"/> áno	<input type="checkbox"/> - uveďte v čom spočíva zavinenie
Bola od Vás žiadaná náhrada za škodu?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> - kým ..... <input type="checkbox"/> - v akej výške ..... € <span style="float: right;">(priložte kópie všetkých obdržaných dokladov)</span>

## Rozsah vzniknutej škody

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						
11						
12						
Spolu						

(v prípade väčšej škody priložte samostatný zoznam)

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>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:	
Poškodený je platcom DPH	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> - uveďte adresu daňového úradu	
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) <b>poškodeného</b>

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

V prípade škody z poistenia zodpovednosti poisteného splnomocňujem poisťovňu, aby škodu s poškodeným prejednala a ak to bude v súlade s právnymi predpismi, škodu poškodenému nahradila.

V ..... dňa .....  
Meno, podpis (pečiatka) **poisteného**