

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: IČ DPH:	
Vyšetrovala vznik škody polícia?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> - uveďte presný názov policajnej zložky a adresu: 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"/> 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 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"/> 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 € (priložte kópie všetkých obdržaných dokladov)	

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?

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	

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 platcom DPH					
<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno	- uveďte adresu daňového úradu			
- 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.

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.

Zároveň potvrdzujem, že mi boli poskytnuté informácie o spracúvaní osobných údajov podľa článkov 13 a 14 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktoré sú prístupné aj na webovom sídle poisťiteľa www.colonnade.sk.

V dňa

Meno, podpis (pečiatka) **poisteného**