

## Oznámenie škody na veciach pri preprave

Pre urýchlenie likvidácie škodovej udalosti je potrebné, aby ste odpovedali na všetky otázky čo najpresnejšie a najvšestížnejšie. Správne odpovede označte krížikom v príslušnom štvorcíku a uveďte odpovede na doplnkové otázky. Priložte všetky dostupné prílohy.

<b>Meno poisteného</b> (Obchodný názov)		Číslo Poistnej zmluvy	
Ulica a číslo domu (Sídlo)		Tel. číslo	
PSČ / Mesto (Obec)		e-mail	
IČO (rodné číslo)		Číslo účtu pre poistné plnenie	
DIČ			

<b>Dátum a čas vzniku škody</b>	dňa ..... o ..... : ..... hod.	<b>Použité vozidlo (EČV)</b>
<b>Miesto vzniku škody</b>	V ..... ulica ..... č. domu: ..... posch.: .....	
<b>Trasa prepravy</b>	Z .....	Do .....
<b>Kto vykonával prepravu</b>		
<b>Podrobný popis vzniku a priebehu škody</b>		
<b>Vlastník poškodených vecí</b>		
Ste platcom DPH?	<input type="checkbox"/> - uveďte presnú adresu daňového úradu <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <b>IČ DPH</b> .....	
Vyšetřovala vznik škody polícia?	<input type="checkbox"/> - číslo vyšetrovacieho spisu <b>ORP</b> <input type="checkbox"/> áno - uveďte presný názov policajnej zložky a adresu	
Máte súbežne uzavretú aj inú poistnú zmluvu na toto riziko?	<input type="checkbox"/> - uveďte názov a sídlo poisťovne <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno č. PZ	
<b>Kto zodpovedá za vzniknutú škodu?</b>	<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	<b>Meno a adresa toho, kto škodu spôsobil alebo za škodu zodpovedá</b>

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? .....

<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

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

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](http://www.colonnade.sk).

V ..... dňa .....

Meno, podpis (pečiatka) **poisteného**