



## 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.

<b>Meno poisteného</b> (Obchodný názov)	<b>Číslo</b> 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.	Použitá vozidlo (EČV)
<b>Miesto vzniku škody</b>	V ..... ulica ..... č. domu: ..... posch.: .....	
Trasa prepravy	Z .....	Do .....
Kto vykonával prepravu		
<b>Podrobný popis vzniku a priebehu škody</b>		
Vlastník poškodených vecí		
Ste platcom DPH?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte presnú adresu daňového úradu <b>IČ DPH</b> .....	
Vyšetrovala vznik škody polícia?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte presný názov policajnej zložky a adresu - číslo vyšetrovacieho spisu <b>ORP</b>	
Máte súbežne uzavretú aj inú poistnú zmluvu na toto riziko?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte názov a sídlo poisťovne 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						
5						

(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.

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