

**Oznámenie o škode na osadených a vsadených sklách**

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.		
<b>Miesto vzniku škody</b>	V ..... ul. .... č. domu ..... posch. ....		
<b>Podrobný popis vzniku a priebehu škody</b>			
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 - uveďte presnú adresu daňového úradu <input type="checkbox"/> - IČ DPH .....		
Vyšetrovala vznik škody polícia?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte presný názov policajnej zložky a adresu <input type="checkbox"/> číslo vyšetrovacieho spisu <b>ORP</b>		
Vznikla Vám podobná škoda v minulosti?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte aká a kedy <input type="checkbox"/> č. PU .....		
Máte súběžne uzavretú aj inú poistnú zmluvu na toto riziko?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte názov a sídlo poisťovne: <input type="checkbox"/> 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 a adresa toho, kto škodu spôsobil alebo za škodu zodpovedá	

Technická špecifikácia, typ skla	
Rozmer skla	
Doplnok skla	<input type="checkbox"/> bezpečnostná fólia <input type="checkbox"/> reklamná fólia <input type="checkbox"/> iné .....

**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

**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