

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 štvorcíku a uveďte odpovede na doplnkové otázky. Priložte všetky dostupné prílohy.

Meno poisteného (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	

Dátum a čas vzniku škody	dňa o : hod.
Miesto vzniku škody	V ul. č. domu posch.
Podrobný popis vzniku a priebehu 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"/> - uveďte presnú adresu daňového úradu <input type="checkbox"/> áno - IČ DPH
Vyšetřovala vznik škody polícia?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - 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"/> - uveďte aká a kedy <input type="checkbox"/> áno č. PU
Máte súbežne uzavretú aj inú poistnú zmluvu na toto riziko?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> - uveďte názov a sídlo poisťovne: <input type="checkbox"/> áno 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.

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