



Oznámenie o škode na osadených a vsadených sklách

Pre urýchlenie likvidácie škodovej udalosti je potrebné, aby ste odpovedali na všetky otázky čo najpresnejšie a najvšestížnejšie. Správne odpovede označte krížikom v príslušnom štvorčeku 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"/> áno - IČ DPH	<input type="checkbox"/> - uveďte presnú adresu daňového úradu	
Vyšetrovala 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"/> áno č. PU	<input type="checkbox"/> - uveďte aká a kedy	
Máte súbežne uzavretú aj inú poistnú zmluvu na toto riziko?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno č. PZ	<input type="checkbox"/> - uveďte názov a sídlo poisťovne:	
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 zájmov 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