

Oznámenie o vzniku škody z poistenia zodpovednosti za škodu

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 doklady. *(Obráťte list na druhú stranu)*

Poistený		Poškodený	
Meno (Obchodný názov)		Meno (Obchodný názov)	
Ulica a číslo domu (Sídlo)		Ulica a číslo domu (Sídlo)	
PSČ / Mesto (Obec)		PSČ / Mesto (Obec)	
Rodné č. (IČO/DIČ)		Rodné č. (IČO/DIČ)	
Telefón		Telefón	
e-mail		e-mail	
Máte uzavreté aj iné poistenie na toto riziko?	<input type="checkbox"/> - aké <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Číslo účtu pre poistné plnenie	

Dátum a čas vzniku škody	dňa o : hod.	Poistná zmluva č.	
Miesto vzniku škody	V ulica č. domu posch.		
Podrobný popis vzniku a priebehu škody			
Aké opatrenia ste vykonali na zmiernenie škody			
Čo bolo predmetom udalosti	<input type="checkbox"/> majetok <input type="checkbox"/> zdravie <input type="checkbox"/> odložené alebo zverené veci <input type="checkbox"/> úmrtie poškodeného (uveďte pozostalého)		
Ak bolo poškodené zdravie, uveďte	Popis zranenia Názov a adresa liečebného zariadenia Vek poškodeného Rodinný stav Jedná sa o pracovný úraz? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		
Ak vznikla škoda na veciach zverených, uveďte dôvod zverenia	<input type="checkbox"/> na opravu <input type="checkbox"/> na spracovanie <input type="checkbox"/> do úschovy <input type="checkbox"/> vec v užívaní <input type="checkbox"/> iný dôvod		
Ak boli odložené alebo vnesené veci odcudzené , uveďte	Boli veci uložené na mieste na to určenom alebo obvyklom? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie - kde? Ako boli veci zabezpečené proti odcudzeniu Kedy poškodený uplatnil nárok na náhradu škody a akým spôsobom		
Podľa Vášho názoru ste škodu zaviniли?	<input type="checkbox"/> - v čom spočíva zavinenie <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno		
V akom vzťahu je poškodený k Vám?	<input type="checkbox"/> zamestnávateľ <input type="checkbox"/> žije v spoločnej domácnosti <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> príbuzenský, aký?: <input type="checkbox"/> v žiadnom bližšom vťahu <input type="checkbox"/> iný		
Zaviniли ste udalosť sám?	<input type="checkbox"/> - spoluvinník <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie (v čom spočíva spoluvina)		
Ak škodu zaviniли zamestnanec, uveďte meno a adresu			
Bol zamestnanec zaškolený na druh práce, pri ktorej došlo ku škode?	<input type="checkbox"/> - dátum zaškolenia <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie - prečo <input type="checkbox"/> nebol potrebné		

Spôsobil škodu maloletý?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno - vek celé meno maloletého a adresa meno osoby alebo inštitúcie zodpovednej za maloletého
Mená a adresy svedkov		

Vyšetrovala vznik škody polícia?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno - uveďte presný názov policajnej zložky a adresu - číslo vyšetровacieho spisu ORP
Je vedené trestné konanie?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno - názov a adresa súdu - dátum pojednávania číslo konania: - aktuálny stav

Bola od Vás žiadaná náhrada za škodu?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> - kým <input type="checkbox"/> áno - v akej výške € (priložte kópie všetkých obdržaných dokladov)
---------------------------------------	------------------------------	---

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						
6						
7						
8						
9						
10						
(v prípade väčšej škody priložte samostatný zoznam)						Spolu

Kde sa nachádzajú poškodené veci?

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, súrodenc, 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

Poškodený je platca DPH? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno - uveďte adresu daňového úradu:
- IČ DPH
Poškodený si týmto uplatňuje od poisteného nárok na náhradu škody v rozsahu uvedenom v tomto oznámení, prehlasuje a podpisom potvrdzuje, že všetky údaje o rozsahu sú pravdivé.
..... Meno, podpis (pečiatka) poškodeného

Prehlasujem, že na všetky otázky som odpovedal(a) úplne a pravdivo. Súčasne splnomocňujem poisťovňu, aby túto škodu s poškodeným prejedнала a ak to bude v súlade s právnymi predpismi, škodu poškodenému nahradila.

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