

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI Z POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI – POJIŠTĚNÝ

1. Datum a místo události

Den	Měsíc	Rok	Hodin	Minut	Místo události / Země
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Pojištěný

Jméno, příjmení / obchodní jméno	<input type="text"/>	Rodné číslo / IČO	<input type="text"/>
Adresa / Sídlo	<input type="text"/>	ČR <input type="checkbox"/>	Jiný stát <input type="text"/>
Korespondenční adresa	<input type="text"/>	ČR <input type="checkbox"/>	Jiný stát <input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
		Plátce DPH	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>

Osoba pověřená projednáním škodní události za pojištěného (vyplní se pouze je-li odlišná od pojištěného)

Jméno, příjmení / obchodní jméno	<input type="text"/>	Rodné číslo / IČO	<input type="text"/>
Adresa / Sídlo	<input type="text"/>		
Vztah k pojištěnému	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
		Telefon	<input type="text"/>

3. Místo škodní události

Adresa shodná s adresou pojištěného <input type="checkbox"/>	Adresa shodná s adresou poškozeného <input type="checkbox"/>
Adresa / Sídlo	<input type="text"/>
Telefon <input type="text"/>	

4. Příčina vzniku škodní události

Podrobný popis

Odpovídá někdo za škodnou událost	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Částečně <input type="checkbox"/>	Kdo	<input type="text"/>
Byla událost někým šetřena (policie, hasiči, jiné)?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Adresa a jednací číslo	<input type="text"/>	

Svědci události (jméno, příjmení, adresa, telefon, mobil, fax, E-mail):

5. Poškozený (týká se pouze pojištění odpovědnosti)

Jméno, příjmení / obchodní jméno	<input type="text"/>	Rodné číslo / IČO	<input type="text"/>
Adresa / Sídlo	<input type="text"/>	ČR <input type="checkbox"/>	Jiný stát <input type="text"/>
Korespondenční adresa	<input type="text"/>	ČR <input type="checkbox"/>	Jiný stát <input type="text"/>
E-mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>
		Plátce DPH	ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>

Je poškozený manželem pojištěného nebo jeho příbuzným v řadě přímé?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>							
Žil poškozený v době škodné události ve společné domácnosti s pojištěným?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>							
Je poškozený společníkem pojištěného případně osobou společníku blízkou?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>							
Uplatnil poškozený nárok na náhradu újmy proti pojištěnému?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	Pokud ano, uveďte kdy <table border="1"><tr><td>Den</td><td>Měsíc</td><td>Rok</td></tr><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	Den	Měsíc	Rok	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Den	Měsíc	Rok							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Považujete nárok na náhradu újmy za oprávněný?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>							

Osoba pověřená projednáním škodní události za poškozeného (vyplní se pouze je-li odlišná od poškozeného)

Jméno, příjmení / obchodní jméno	<input type="text"/>	Rodné číslo / IČO	<input type="text"/>
Adresa / Sídlo	<input type="text"/>		
Vztah k poškozenému	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
		Telefon	<input type="text"/>

