



Oznámení škodní události¹⁾

- z pojištění majetku
 z pojištění odpovědnosti za škodu

Číslo pojistné smlouvy

POJIŠTĚNÝ

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul	<input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké ²⁾
IČ	Název firmy			
Adresa trvalého pobytu (bydliště/sídla)	Ulice (místo), číslo popisné/orientační			PSČ
Obec – dodací pošta	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ³⁾			
E-mail	Mobilní telefon	Telefon		
Korespondenční adresa ³⁾	Ulice (místo), číslo popisné/orientační			PSČ
Obec – dodací pošta	Plátce DPH <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Osoba pověřená jednáním s pojistitelem				

¹⁾ Platnou variantu označte křížkem
²⁾ Není-li vyplněno, platí státní občanství/stát narození/stát ČR.
³⁾ Vyplňuje se, není-li totožná s adresou bydliště.

ÚDAJE O ŠKODĚ

Kdy škoda vznikla (den, měsíc, rok, hodina, časový interval)?	
Kde škoda vznikla (obec, ulice, dům č. p., okres, stát)?	PSČ
Příčina vzniku škody - podrobný popis	
.....	
.....	
.....	
Odpovídá někdo za škodu? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Částečně	Kdo
Byla událost někým šetřena (policií, hasiči)? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Adresa a čj.
Svědci události (jméno, příjmení, adresa, telefon, mobil, fax, E-mail)	
.....	

POŠKOZENÝ (týká se pouze pojištění odpovědnosti za škodu)

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul	<input type="checkbox"/> Jiné státní občanství než ČR, jaké ²⁾
IČ	Název firmy			
Adresa trvalého pobytu (bydliště/sídla)	Ulice (místo), číslo popisné/orientační			PSČ
Obec – dodací pošta	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR, jaký, ZIP kód ³⁾			
E-mail	Mobilní telefon	Telefon		
Korespondenční adresa ³⁾	Ulice (místo), číslo popisné/orientační			PSČ
Obec – dodací pošta	Plátce DPH <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Osoba pověřená jednáním s pojistitelem				
Je poškozený manželem pojištěného nebo jeho příbuzným v řadě přímé? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Žil poškozený v době škodní události ve společné domácnosti s pojištěným? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Je poškozený společníkem pojištěného, případně osobou společníku blízkou? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		
Uplatnil poškozený nárok na náhradu škody proti pojištěnému <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte datum kdy	Považujete nárok na náhradu škody za oprávněný <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		

