



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?)
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?)			
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?	Kdo
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/> Částečně	
Byla událost někým šetřena (policií, hasiči)?	Adresa a č. j.
<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
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?)	
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?)				
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		

