

OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI Z POJIŠTĚNÍ ODPOVĚDNOSTI ZA ÚJMU ZPŮSOBENOU PROVOZEM MOTOROVÉHO VOZIDLA – POJIŠTĚNÝ

Pojištěný je povinen bez zbytečného odkladu písemně oznámit pojistiteli, že došlo ke škodné události s uvedením skutkového stavu týkajícího se této újmy. Při oznámení předložte kopie následujících dokladů: řidičský průkaz řidiče v době nehody, lékařskou prohlídku (věk nad 65 let). Při zastupování předložte plnou moc.

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 (provozovatel vozidla, jehož provozem byla újma způsobena)

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

3. Řidič vozidla, jehož provozem byla újma způsobena

Jméno, příjmení	<input type="text"/>	Rodné číslo	<input type="text"/>
Adresa	<input type="text"/>		
E-mail	<input type="text"/>	Telefon	<input type="text"/>

4. Vlastník vozidla, jehož provozem byla újma způsobena (vyplňte jen, liší-li se od pojištěného)

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

5. Vozidlo, jehož provozem byla újma způsobena

SPZ / RZ	<input type="text"/>	Značka a typ	<input type="text"/>
VIN (výr. číslo vozidla, ev. číslo karoserie/rámu)	<input type="text"/>		

6. Zraněné osoby

Ve vozidle pojištěného <input type="checkbox"/>					Ve vozidle poškozeného <input type="checkbox"/>					Chodec <input type="checkbox"/>					Cyklista <input type="checkbox"/>					Jiné <input type="checkbox"/>				
Jméno, příjmení					<input type="text"/>					Rodné číslo					<input type="text"/>									
Adresa					<input type="text"/>					Telefon					<input type="text"/>									
Jméno, příjmení					<input type="text"/>					Rodné číslo					<input type="text"/>									
Adresa					<input type="text"/>					Telefon					<input type="text"/>									

7. Cizí vozidlo, které bylo poškozeno

SPZ / RZ	<input type="text"/>	Značka a typ	<input type="text"/>
Je havarijně pojištěno?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>	U které pojišťovny? <input type="text"/>
Rozsah poškození	<input type="text"/>		

8. Vlastník poškozeného vozidla

Jméno, příjmení / obchodní jméno	<input type="text"/>	Rodné číslo / IČO	<input type="text"/>
Adresa / Sídlo	<input type="text"/>		
Vztah k pojištěnému:	manžel / manželka <input type="checkbox"/>	osoba žijící v době události ve společné domácnosti	<input type="checkbox"/>

9. Ostatní cizí majetek, který byl poškozen

Jaký majetek (věc, zvíře) byl poškozen?	<input type="text"/>		
Vlastník majetku (jméno, příjmení / obchodní jméno)	<input type="text"/>	Rodné číslo / IČO	<input type="text"/>
Adresa / Sídlo	<input type="text"/>		
Vztah k pojištěnému:	manžel / manželka <input type="checkbox"/>	osoba žijící v době události ve společné domácnosti	<input type="checkbox"/>

