

Prezentační razítko:	Číslo řidičského průkazu řidiče pojištěného vozidla	
	VIN (výrobní č., event. č. karoserie / rámu) pojištěného vozidla	
	Jméno, a služební číslo pracovníka, který údaje ověřil	
	Podpis pracovníka, datum	

### Oznámení škodní události

z pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla

z havarijního pojištění

POJIŠTĚNÝ		Číslo pojistné smlouvy:	
Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
IČ:	Název firmy:		
Adresa bydliště	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:	PSČ / ZIP kód:	
Ulice (místo), č. p.:	Obec - dodací pošta:		
Korespondenční adresa <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:	PSČ / ZIP kód:	
Ulice (místo), č. p.:	Obec - dodací pošta:		
Plátce DPH: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	E-mail, jiný kontakt:		Telefon:
Osoba pověřená jednáním s pojistitelem:			

ŘIDIČ POJIŠTĚNÉHO VOZIDLA		Řidič byl v době škodní události držitelem ŘP pro skupinu: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T					
Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:				
Adresa bydliště	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:	PSČ / ZIP kód:					
Ulice (místo), č. p.:	Obec - dodací pošta:						
E-mail, jiný kontakt:		Telefon:					

POJIŠTĚNÉ VOZIDLO		RZ (SPZ):	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO *)		RZ (SPZ):
Tovární značka, typ:					
Je vozidlo ve vlastnictví pojištěného?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Je vozidlo ve vlastnictví pojištěného?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Je vozidlo předmětem zástavy nebo vinkulace?	<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Je vozidlo předmětem zástavy nebo vinkulace?		<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Je-li vlastník vozidla odchylný od pojištěného, uveďte ho:		Je-li vlastník vozidla odchylný od pojištěného, uveďte ho:			

ÚDAJE O ŠKODĚ		Datum vzniku škody (den, měsíc, rok, hodina)	
Kdy škoda vznikla (místo, obec, ulice, silnice, stát):			
Podrobný popis vzniku škody:			
Odpovídá pojištěný za škodu? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne			
Rozsah poškození pojištěného vozidla:			
Vznikla škoda na zdraví? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Bude nebo byl nárok na uplatnění plnění z jiného pojištění nebo u jiného pojistitele? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, kde?	
Byla událost šetřena policií, hasiči apod.?) <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Adresa a čj.:		
Svědci události (jméno, příjmení, adresa, telefon, mobil, fax, E-mail):			

Platnou variantu označte křížkem.

\*) Tyto údaje vyplňte pouze jde-li o přípojné vozidlo jízdní soupravy.

## POŠKOZENÝ

Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
IČ:	Název firmy:		
<b>Adresa bydliště</b>	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:	PSČ / ZIP kód:	
Ulice (místo), č. p.:	Obec - dodací pošta:		
<b>Korespondenční adresa<sup>1)</sup></b>	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:	PSČ / ZIP kód:	
Ulice (místo), č. p.:	Obec - dodací pošta:		
Plátce DPH: <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	E-mail, jiný kontakt:		Telefon:
Uplatnil poškozený nárok na náhradu škody proti pojištěnému? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, uveďte datum uplatnění:	Byl poškozený přepravovanou osobou ve vozidle, jehož provozem byla škoda způsobena? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Je poškozený manželem pojištěného? <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		

## ŘIDIČ VOZIDLA V DOBĚ NEHODY

Řidič byl v době škodní události držitelem RP pro skupinu:  A  B  C  D  E  M  T

Rodné číslo:	Příjmení:	Jméno:	Titul:
<b>Adresa bydliště</b>	<input type="checkbox"/> Jiný stát než ČR:	PSČ / ZIP kód:	
Ulice (místo), č. p.:	Obec - dodací pošta:		
E-mail, jiný kontakt:	Telefon:		

## ROZSAH ŠKODY

POŠKOZENÉ VOZIDLO	RZ (SPZ):	PŘÍPOJNÉ VOZIDLO *)	RZ (SPZ):
Tovární značka, typ:		Tovární značka, typ:	
Je vozidlo ve vlastnictví poškozeného? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Je vozidlo ve vlastnictví poškozeného? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Je vozidlo předmětem zástavy nebo vinkulace? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne		Je vozidlo předmětem zástavy nebo vinkulace? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Je-li vlastník odchýlný od poškozeného, uveďte ho: .....		Je-li vlastník odchýlný od poškozeného, uveďte ho: .....	
Rozsah poškození: .....		Rozsah poškození: .....	

### Další věcná škoda s výjimkou poškozeného vozidla

Byla poškozená nebo zničená jiná věc?		
Je tato věc ve vlastnictví poškozeného? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Je věc předmětem zástavy nebo vinkulace? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	
Je-li vlastník odchýlný od poškozeného, uveďte ho: .....		
Rozsah poškození věci: .....		
Vznikla škoda na zdraví? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Bude nebo byl nárok na plnění uplatněn z jiného pojištění nebo u jiného pojistitele? <input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne	Pokud ano, kde?

## ÚDAJE O POJISTNÉM PLNĚNÍ

### Pojistné plnění má být zasláno

#### a) na účet

Peněžní ústav:	Číslo účtu:	Kód banky:	Specifický symbol:
----------------	-------------	------------	--------------------

#### b) poštovní poukázkou na adresu

Příjmení:	Jméno:	Titul:
Ulice (místo), č. p.:	Obec - dodací pošta:	PSČ:

Prohlašuji, že veškeré mnou výše uvedené údaje jsou správné a odpovídají skutečnosti.

Datum:	..... Podpis
--------	-----------------