

OZNÁMENÍ škodní události k pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla Dotazník PRO POŠKOZENÉHO

Při hlášení škody na vozidle předložte technický průkaz.
Před započítím opravy vozidla či věci kontaktujte likvidátora.

1. Datum a místo nehody

DEN	MĚSÍC	ROK	HODIN	MINUT	MÍSTO NEHODY
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					OKRES
					STÁT

2. Pojištěný (provozovatel, jehož vozidlem byla škoda způsobena)

Číslo pojistné smlouvy:

Jméno, příjmení / obch. jméno:	<input type="text"/>
Adresa / sídlo:	PSČ: <input type="text"/>
Rodné číslo / IČO:	Telefon: <input type="text"/>

3. Řidič vozidla, jehož provozem byla škoda způsobena

Rodné číslo / IČO:

Telefon:

Jméno, příjmení:	<input type="text"/>
Adresa :	PSČ: <input type="text"/>

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

Rodné číslo / IČO:

Telefon:

Jméno, příjmení / obch. jméno:	<input type="text"/>
Adresa / sídlo:	PSČ: <input type="text"/>

5. Vozidlo, jehož provozem byla škoda způsobena

SPZ	<input type="text"/>	Značka a typ:	<input type="text"/>	Barva:	<input type="text"/>
-----	----------------------	---------------	----------------------	--------	----------------------

6. Poškozený

Rodné číslo / IČO:

Telefon:

Jméno, příjmení / obch. jméno:	<input type="text"/>							
Adresa / sídlo:	PSČ: <input type="text"/>							
Vztah k pojištěnému: manžel / manželka*	ANO	NE	osoba žijící v době škodní události ve společné domácnosti*	ANO	NE	Plátce DPH?*	ANO	NE
Bankovní spojení	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	Specif. symbol:	<input type="text"/>			

7. Vozidlo, které bylo poškozeno

SPZ	<input type="text"/>	Značka a typ:	<input type="text"/>	Rok výroby:	<input type="text"/>						
VIN (výrobní číslo vozidla, ev. číslo karoserie/rámu)	<input type="text"/>	Barva vozidla:	<input type="text"/>								
Ujeto km:	<input type="text"/>	Základní právo*	ANO	NE	vinkulace*	ANO	NE	leasing?*	ANO	NE	u:
Datum prvního uvedení do provozu:	<input type="text"/>	Je vozidlo ve Vašem vlastnictví?*	ANO	NE	spoluvlastnictví?*	ANO	NE				
Vlastník / spoluvlastník* vozidla (jméno a příjmení / obch. jméno):	<input type="text"/>	Rodné číslo / IČO:	<input type="text"/>								
Adresa / sídlo:	<input type="text"/>	PSČ:	<input type="text"/>								
Je vozidlo vykazováno v účetnictví vlastníka?*	ANO	NE	Je havarijně pojištěno?*	ANO	NE	U kterého pojistitele?					
Číslo havarijní pojistné smlouvy:	<input type="text"/>	Uplatnil jste nebo uplatníte nárok na plnění z havarijního pojištění?*	ANO	NE							
U kterého pojistitele je uzavřeno pojištění odpovědnosti z provozu tohoto vozidla?	<input type="text"/>	Č. poj. smlouvy - odpovědnost:	<input type="text"/>								
Rozsah poškození vozidla:											
<input type="text"/>											
<input type="text"/>											

DALŠÍ NÁROKY NA NÁHRADU ŠKODY

14. Ostatní majetek, který byl poškozen

	Název poškozené věci:	Pořizovací cena:	Stáří věci:
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

Jsou všechny výše uvedené poškozené věci ve Vašem vlastnictví?*	ANO	NE
V případě, že ne, uveďte název věci a kdo je jejich vlastníkem či spoluvlastníkem (jméno, příjmení / obch. jméno, adresa / sídlo, PSČ, rodné číslo / IČO):		

Je některá z poškozených věcí vykazována v účetnictví vlastníka?*	ANO	NE
V případě, že ano, uveďte která:		

Je některá z poškozených věcí pojištěna?*	ANO	NE
V případě, že ano, uveďte která, u kterého pojistitele, číslo pojistné smlouvy:		
Uplatnil jste nebo uplatníte nárok na plnění z pojištění věci?*	ANO	NE

Kde a kdy je možno poškozené věci prohlédnout?
Kontaktní osoba (jméno, telefon):
Jak budou poškozené věci opravovány?

Je některá z poškozených věcí již opravena?*	ANO	NE
V případě, že ano, uveďte která:		
Byla některá z věcí poškozena již před nehodou?*	ANO	NE

* Nehodící se škrtněte.

15. Škoda na zdraví

Jméno a příjmení zraněné osoby:		Rodné číslo:			
Adresa:		PSC: <input type="text"/>			
Název a adresa zdravotnického zařízení, kde bylo poskytnuto ošetření:					
Při hospitalizaci uveďte adresu nemocnice a dobu léčení v ní (od-do):					
Je nebo bude poškození zdraví při nehodě odškodňováno jako pracovní úraz?*		ANO	NE		
Rozsah poranění dle lékařské zprávy:					
Souhlasím, aby ošetřujícími lékaři byla na žádost Allianz pojišťovny, a. s., vydána lékařská zpráva nebo posudek o mém zdravotním stavu a jeho změně v souvislosti s úrazem utrpěným při uvedené nehodě.					
Ztráta na výdělku (příjmu)					
Název a adresa zaměstnavatele:		PSC: <input type="text"/>			
Hlavní pracovní poměr* - vedlejší pracovní poměr* - osoba samostatně výdělečně činná* - nezaměstnaný/á?*					
Jiný příjem (důchod, podpora v nezaměstnanosti, příp. jiné dávky), uveďte druh:				v měsíční výši:	
Pracovní neschopnost (od-do, trvá):					
Dávky v pracovní neschopnosti vyplaceny za období (od-do):				ve výši:	
Kým byly vyplaceny?					

16. Usmrcení

Jméno, příjmení a poslední adresa zemřelého:		Rodné číslo:	
		Datum úmrtí:	
Kdo uhradil náklady spojené s pohřbem? (jméno, příjmení, adresa, vč. PSC)			
Osoby odkázané na usmrceného výživou (jméno, příjmení, adresa, vč. PSC) a právní vztah k usmrcené osobě:			
Název a adresa posledního zaměstnavatele usmrceného:			

17. Jakou další škodu uplatňujete? V jaké výši?

18. Náhrada škody

Byla Vám za způsobenou škodu poskytnuta již nějaká náhrada?*	ANO	NE	V jaké výši?	Kdy?
Kým (jméno, příjmení, adresa)?				

Zplnomocňuji tímto podle § 50 a § 51 tr. řádu (§ 17 spr. řádu) pracovníka Allianz pojišťovny, a. s., aby ve smyslu § 65 tr. řádu (§ 23 spr. řádu) pro potřeby likvidace výše uvedené škody nahlížel do vyšetřovacího spisu (spisu dopravní nehody) Policie ČR, činil z něho výpisky a pořizoval si na vlastní náklady kopie.

Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl/a pravdivě a úplně. Bude-li poskytováno plnění za poškozenou, zničenou či odcizenou věc, která je ve spoluvlastnictví více osob, jsem si vědom/a, že plnění náleží všem oprávněným spoluvlastníkům a zavazuji se proto k finančnímu vypořádání s nimi. Souhlasím s poskytnutím informací týkajících se výše uvedené nehody České kanceláři pojistitelů, event. České asociaci pojišťoven.

V dne

.....
podpis poškozeného - zákonného zástupce
(razítko)

* Nehodící se škrtněte.