

Datum vzniku

Čas (hodina a minuty):

Vlastník (vozidla, kterým byla škoda způsobena)

Č. poj. smlouvy

Jméno (název)

Adresa (sídllo)

Místo

PSČ

RČ (IČ)

Telefon Po - Pá 8-17 h

Provozovatel (držitel) - RČ (IČ)

Jméno (název)

Adresa (sídllo)

Místo

PSČ

Poškozený

Jméno (název)

Adresa (sídllo)

Místo

PSČ

Telefon Po - Pá 8-17 h

RČ (IČ)

Č. účtu

VS (SS)

u peněž. ústavu

Vlastník poškozeného vozidla - RČ (IČ)

Jméno (název)

Adresa (sídllo)

Místo

PSČ

Vztah poškozeného k pojistěnému (příbuzenský poměr)

Je poškozená věc ve společném jmění manželů *

ANO NE

Je poškozená věc ve spoluvlastnictví více majitelů *

ANO NE

Je poškozená věc předmětem leasingu *

ANO NE

Vinkulace *

ANO NE

Je poškozená věc vykazována v účetnictví vlastníka *

ANO NE

Je poškozený plátcem DPH *

ANO NE

Je poškozená věc havarijné pojistěná *

ANO NE

pokud ANO uveďte název pojistitele *

Uplatníte nebo jste uplatnil nárok na plnění z tohoto pojištění *

ANO NE

hlášení škodné události

oznámení nehody k pojištění
 odpovědnosti za škodu
 způsobenou provozem vozidla

Místo nehody (přesné určení)

Pojistěný (řidič vozidla, kterým byla škoda způsobena)

Jméno

Adresa

Místo

PSČ

RČ

Telefon Po - Pá 8-17 h

Řidičský průkaz č., skupiny

A B C D E T

Vydán dne

v DI

VOZIDLO - kterým byla škoda způsobena

Reg. značka (SPZ)

Tov. značka

Typ

Řidič poškozeného vozidla v době nehody

Jméno

Adresa

Místo

PSČ

RČ

Poškozené vozidlo

Reg. značka (SPZ)

Tov. značka

Typ

Barva

Rok výroby / uvedení do provozu *

Celk. počet ujetých km *

Č. karoserie (VIN) *

Číslo motoru *

Obsah válců / výkon motoru *

Popis příčiny a průběhu nehody

Nehodu zavinil (jméno)

Svědci nehody (jméno, adresa)

Nehodu vyšetřovala policie (adresa)

pod č. / ČVS /

Pokud dopr. nehoda nebyla policií šetřena, uveďte důvod:

Při nehodě došlo ke zranění osob ve vozidle, kterým byla škoda způsobena (jméno, adresa)

1. osoba

Adresa zdravot. zařízení kde bylo poskytnuto ošetření:

2. osoba

Adresa zdravot. zařízení kde bylo poskytnuto ošetření:

3. osoba

Adresa zdravot. zařízení kde bylo poskytnuto ošetření:

Ostatní zraněné osoby (jméno, adresa)

1. osoba

Adresa zdravot. zařízení kde bylo poskytnuto ošetření:

2. osoba

Adresa zdravot. zařízení kde bylo poskytnuto ošetření:

3. osoba

Adresa zdravot. zařízení kde bylo poskytnuto ošetření:

Rozsah poškození vozidla:

Jaké další náhrady škod v souvislosti s dopr. nehodou uplatňujete: *

Poškození dalšího cizího majetku

Předmět:

Datum pořízení *

Cena *

* vyplňuje jen poškozený

Oznámení převzal a uvedené údaje ověřil:

.....
podpis a jmenovka

Prohlášení pojištěného

Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl svědomitě a podle pravdy. Uděluji tímto plnou moc ke svému zastupování ve věci vyžádání veškerých zpráv a podkladů o vyšetřování této škodné události. Souhlasím s tím, že pojistitel bude využívat uvedená data pro účely vzniku a správy pojištění a likvidaci škody. Zároveň tímto zmocňuji pojistitele, aby za mne podle platných právních předpisů, poj. smlouvy a všeobecných poj. podmínek projednal tuto škodnou událost a uzná-li ji za pojistnou, odškodnil veškeré platné nároky poškozených.

V dne Jméno pojištěného Podpis

Prohlášení poškozeného

Prohlašuji, že jsem na všechny dotazy odpověděl svědomitě a podle pravdy. Dále prohlašuji, že jsem nárok na náhradu škody neuplatnil z jiného pojištění. Pokud by se tak nedopatřením stalo, beru na vědomí ustanovení § 451 OZ a příslušnou částku vrátím.

V dne Jméno poškozeného Podpis