

Prezentační razítko:	Jméno a osobní číslo pracovníka, který oznámení přijal:
	Podpis pracovníka, datum:

Oznámení škodné události

☐ z pojištění majetku

☐ z pojištění odpovědnosti

POJIŠTĚNÝ		Číslo pojistné smlouvy:	
Rodné číslo	Příjmení:	Jméno:	Titul:
ICO:	Firma/název společnosti:		
Adresa trvalého pobytu (bydliště/sídlo)	☐ Jiný stát než ČR:	PSC:	
Ulice (místo), č. p./č. or.:	Obec – dodací pošta:		
Korespondenční adresa	☐ Jiný stát než ČR:	PSC:	
Ulice (místo), č. p./č. or.:	Obec – dodací pošta:		
Plátce DPH: ☐ Ano ☐ Ne	E-mail, jiný kontakt:	Telefon:	
Osoba pověřená jednáním s pojistitelem:			

ÚDAJE O ŠKODNÉ UDÁLOSTI	
Kdy škodná událost vznikla (den, měsíc, rok, hodina, časový interval)?	
Kde škodná událost vznikla (obec, ulice, dům č. p., okres, stát)?	PSC:
Příčina vzniku škodné události – podrobný popis:	
Odpovídá někdo za škodnou událost ☐ Ano ☐ Ne ☐ Částečně Kdo:	
Byla událost někým šetřena (police, hasiči, jiné)? ☐ Ano ☐ Ne	Adresa a č. j.:
Svědci události (jméno, příjmení, adresa, telefon, mobil, fax, E-mail):	

POŠKOZENÝ (týká se pouze pojištění odpovědnosti)			
Rodné číslo	Příjmení:	Jméno:	Titul:
IC:	Firma/název společnosti:		
Adresa trvalého pobytu (bydliště/sídlo)	☐ Jiný stát než ČR:	PSC:	
Ulice (místo), č. p./č. or.:	Obec – dodací pošta:		
Korespondenční adresa	☐ Jiný stát než ČR:	PSC:	
Ulice (místo), č. p./č. or.:	Obec – dodací pošta:		
Osoba pověřená jednáním s pojistitelem:			
Plátce DPH: ☐ Ano ☐ Ne	E-mail, jiný kontakt:	Telefon:	
Je poškozený manželem pojištěného nebo jeho příbuzným v řadě přímé? ☐ Ano ☐ Ne	Žil poškozený v době škodné události ve společné domácnosti s pojištěným? ☐ Ano ☐ Ne	Je poškozený společníkem pojištěného případně osobou společníku blízkou? ☐ Ano ☐ Ne	
Uplatnil poškozený nárok na náhradu újmy proti pojištěnému? ☐ Ano ☐ Ne	Pokud ano, uveďte datum kdy:	Považujete nárok na náhradu újmy za oprávněný? ☐ Ano ☐ Ne	

Platnou variantu označte křížkem. ☒

ROZSAH ŠKODNÉ UDÁLOSTI

[illegible]

Výše škody/újmy celkem:	Kč
-------------------------	----

☐ Ano ☐ Ne

a) na účet

Specifický symbol:

Titul:

PSC:

Podpis/razítko firmy

ZMOCNĚNÍ KE ZJIŠŤOVÁNÍ A OVĚŘOVÁNÍ ZDRAVOTNÍHO STAVU A ZPROSTĚNÍ MLČENLIVOSTI

Pojištěný/poškozený zprošťuje v souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, příslušného lékaře, resp. poskytovatele zdravotních služeb, ve vztahu k pojistiteli mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém je pojistitel oprávněn požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce, a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a násl. citovaného zákona, a to i v případě, že jde o diagnózu, která se obvykle pacientům v plném rozsahu nesdělují.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ VYJMA ÚDAJŮ O ZDRAVOTNÍM STAVU

Berete na vědomí, že shora uvedené osobní údaje zpracovává pojistitel také na základě a **pro účely plnění zákonných povinností**, které se na pojistitele vztahují.

☐ Pojistník ☐ Pojištěný ☐ Oprávněná osoba ☐ Jiná osoba

Telefon:

E-mail:

2 ze 2