

Oznámenie o škodovej udalosti z poistenia bicyklov / cyklistov

Pre urýchlenie likvidácie škodovej udalosti je potrebné, aby ste odpovedali na všetky otázky čo najpresnejšie a najvyššiznejšie. Správne odpovede označte krížikom v príslušnom štvorčeku a uveďte odpovede na doplnkové otázky. Priložte všetky dostupné doklady.

Meno a priezvisko poisteného		Poistná zmluva č.	
Ulica a číslo		Zákaznícka karta	
PSČ/Mesto		Tel. č.	
Rodné číslo		E-mail	
Číslo účtu			

Dátum vzniku škody		Miesto vzniku škody	
Typ škody	<input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> odcudzenie <input type="checkbox"/> lúpež <input type="checkbox"/> zodpovednosť za škodu <input type="checkbox"/> iné		
Typ prostriedku (predmet poistenia)	<input type="checkbox"/> bicykel <input type="checkbox"/> elektro bicykel <input type="checkbox"/> kolobežka <input type="checkbox"/> elektro kolobežka <input type="checkbox"/> iné		
Účel použitia v čase vzniku škody	<input type="checkbox"/> rekreácia <input type="checkbox"/> turistika <input type="checkbox"/> doprava <input type="checkbox"/> súťaž/preteky <input type="checkbox"/> tréning <input type="checkbox"/> kuriér/donáška <input type="checkbox"/> iné		
Meno a priezvisko užívateľa v čase vzniku škody		Vzťah k poistenému	<input type="checkbox"/> manžel/manželka <input type="checkbox"/> druh/družka <input type="checkbox"/> syn/dcéra <input type="checkbox"/> iný
Podrobný popis vzniku a priebehu škody			
Bola osoba, ktorá spôsobila vznik škody pod vplyvom alkoholu?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> alkohol <input type="checkbox"/> lieky <input type="checkbox"/> omamné látky	
Vyšetřovala vznik škody polícia?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> - názov a adresa oddelenia polície: (Potvrdenie polície doložiť v prílohe)	
Typ a spôsob zabezpečenia proti odcudzeniu			
Vznikla Vám podobná škoda v minulosti?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> - uveďte aká a kedy	
Ak vzniklo poškodenie zdravia, uveďte aké	Popis zranenia: Názov a adresa liečebného zariadenia		
Máte uzatvorené aj iné majetkové poistenie, na ktoré sa vzťahuje predmetná škoda?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> - uveďte názov poisťovne č. PZ:	
Rozsah a popis poškodenia bicykla (vrátane ceny opravy)			

Údaje k zodpovednosti za škodu (vyplňa poistený)

Meno a priezvisko poškodeného		Tel. č.	
Ulica a číslo		E-mail	
PSČ/Mesto			
Číslo účtu			

Zavinili ste udalosť sám?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> - spoluvinník nie (uveďte, v čom spočíva spoluvina)
Bola od Vás žiadaná náhrada škody?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> - kým áno - v akej výške € (priložte kópie dokladov)
Ak vzniklo poškodenie zdravia, uveďte aké	Popis zranenia Názov a adresa liečebného zariadenia	
Má poškodený uzatvorené majetkové poistenie, na ktoré sa vzťahuje predmetná škoda?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> - uveďte názov poisťovne áno č. PZ

Rozsah vzniknutej škody (vyplňa poistený, prípadne poškodený)

P. č.	Počet [ks]	Poškodené, zničené, stratené veci (Názov, popis, výrobné číslo, iné údaje) <i>U stavebných súčastí uveďte rozmery a rozsah poškodenia</i>	Nadobúdacia cena za ks [€]	Spôsob nadobudnutia	Rok nadobudnutia (vek)	Nadobúdacia cena spolu [€]	
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
(v prípade väčšieho rozsahu škody priložte samostatný zoznam)						Spolu	

Poškodený je platca DPH? nie áno - IČ DPH

Poškodený si týmto uplatňuje od poisteného nárok na náhradu škody v rozsahu uvedenom v tomto oznámení, prehlasuje a podpisom potvrdzuje, že všetky údaje o rozsahu sú pravdivé.

Meno, podpis (pečiatka) poškodeného

Prehlásenie poisteného: Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:

a) v zamestnaneckom či inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu k spoločnosti Colonnade áno nie

b) príbuzným (rodič, dieťa, prarodič, vnuk, vnučka, súrodenc, manžel/ka) zamestnanca spoločnosti Colonnade áno nie

c) finančným sprostredkovateľom v zmysle osobitného zákona pre spoločnosť Colonnade áno nie

Prehlasujem, že na všetky otázky som odpovedal(a) úplne a pravdivo.

V dňa

.....

Meno a priezvisko poisteného alebo oprávneného zástupcu Podpis