



OZNÁMENÍ ŠKODNÍ UDÁLOSTI – POŠKOZENÝM

z pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla podle zákona č. 168/1999 Sb., § 9 odst. 1.

1. Datum a místo nehody: _____, v _____ hodin

Místo nehody: _____

okres: _____, stát: _____

2. Šetřeno policií: _____ adresa: _____ č. jednací: _____

3. Svědci nehody: (jméno, adresa, telefon) _____

4. Pojištěný / viník – jehož vozidlem byla škoda způsobena:

Číslo dokladu o pojištění odpovědnosti za škodu z provozu vozidel: _____

Jméno a příjmení: _____
(držitele, obchodní jméno)

Adresa: _____

PSČ: _____ telefon / fax: _____

SPZ: _____ tovární značka: _____

rozsah poškození: _____
(vozidla viníka)

5. Řidič vozidla, kterým byla způsobena škoda

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____ / _____ Číslo ŘP: _____ Skupina _____

Adresa: _____

PSČ: _____ telefon / fax: _____

6. Poškozený

Jméno a příjmení: _____
(držitele, obchodní jméno)

Rodné číslo: _____ / _____ IČO: _____

Adresa: _____

PSČ: _____ telefon / fax: _____

7. Řidič poškozeného vozidla

Jméno a příjmení: _____

Rodné číslo: _____ / _____ Číslo ŘP: _____ Skupina _____

Adresa: _____

PSČ: _____ telefon / fax: _____

8. Poškozené vozidlo (přiložte kopii TP)

SPZ: _____ tovární značka: _____

VIN: _____ ujeté km: _____

rok výroby: _____ barva: _____ vozidlo je vaším majetkem _____

leasing: _____ název leasingové společnosti: _____ číslo smlouvy: _____

je vozidlo vykazováno v účetnictví: _____ jste Vy nebo jiný spoluvlastník plátcem DPH: _____

je vozidlo havarijně pojištěno: _____ název pojišťovny: _____

číslo smlouvy: _____ uplatníte nárok z tohoto pojištění: _____

Rozsah poškození vozidla: _____

Předpokládaná výše škody: _____

Popis vzniku a průběhu nehody (doplňte plánek nehody na zvláštní příloze oznámení): _____

Kde lze vozidlo prohlédnout:

předjedu před pojišťovnu

po dohodě s technikem pojišťovny

9. Rozsah poškození jiného majetku: _____

Předpokládaná výše škody: _____

10. Škoda na zdraví nebo usmrcením

Jméno a příjmení zraněné osoby: _____

adresa: _____ PSČ: _____ tel.: _____

adresa zdravotnického zařízení: _____

uplatníte odškodnění jako pracovní úraz: _____ vznikla ztráta na výdělku: _____

11. Jaká další škoda vznikla a v jaké výši: _____

12. Náhradu škody požadují poukázat na:

svoji adresu: _____ PSČ: _____

účet: _____ č. účtu: _____ s.s. _____

název banky _____ zaslat opravně _____

Prohlašuji a svým podpisem potvrzuji:

- údaje v tomto oznámení jsou pravdivé
- souhlasím s poskytnutím informací týkajících se výše uvedené nehody České kanceláři pojistitelů
- souhlasím, aby ošetřujícími lékaři byla na žádost ČPP a.s. vydána lékařská zpráva nebo posudek o mém zdravotním stavu a o jeho změně související s následky při poškození zdraví.

V _____ dne _____

Podpis, razítko
(poškozeného)

Oznámení osobně převzal dne _____

podpis a os. číslo zaměstnance ČPP a.s. _____