

Prohlášení poškozeného Pojištění odpovědnosti za škodu

č. škodního spisu 150



GLT7020531



Generali Pojišťovna a.s.
Bělehradská 132
120 84 Praha 2
Česká republika
Klientský servis 844 188 188

Poškozený

titul (před jménem) 6	jméno 7	titul (za jménem) 8	rodné číslo / IČ 9
příjmení (příp. obchodní firma, název) 10	DIČ 151		

Adresa trvalého pobytu / sídlo / místo podnikání u OSVČ

ulice 20	č. popisné 21	č. orientační 22	
		/	
obec - část obce 23	PSČ 24		
kontaktní osoba 152	telefon / fax 25		
číslo účtu 29	kód banky 30	Plátce DPH 153 ano 154 ne	e-mail 28
			@

Údaje o škodě

datum škody 155	hodina vzniku škody 156	místo vzniku škody 157
/ /	:	
nárok byl uplatněn dne 158	ve výši 159	(příloha)
/ /		

Pojištěný

titul (před jménem) 56	jméno 57	titul (za jménem) 58	rodné číslo / IČ 59
příjmení, (příp. obchodní firma, název) 60			
ulice 66	č. popisné 67	č. orientační 68	
		/	
obec - část obce 69	PSČ 70		
telefon 71	fax 73	e-mail 74	
		@	

Příčina vzniku škody a druh činnosti, při níž ke škodě došlo: 160

Stručný popis vzniku škody: 161

Byla škodní událost hlášena Policii České republiky? 164

162 ne 163 ano datum, útvar a číslo vyšetř. spisu

Přichází v úvahu zavinění / spoluzavinění Vaše, nebo jiné osoby? 167

165 ne 166 ano Jméno, příjmení, adresa, důvod, podíl

Odpovídá za škodu ještě jiný subjekt? 170

168 ne 169 ano Jméno, příjmení, adresa, důvod, podíl:

Je mezi Vámi a pojištěným smluvní /příbuzenský/, majetkový vztah, majetková účast ve vlastnictví společnosti apod.? 173

171 ne 172 ano Jaký?

Druh škody

<input type="checkbox"/> 174	škoda na zdraví (lékařské zprávy a ohodnocení škody podle vyhl. č. 440/2001 Sb. doložte v příloze)	175
první pomoc poskytl zdravotnické zařízení <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> 176	škoda na věci	
<input type="checkbox"/> 177	poškození (věc uschovejte pro důkazní řízení, event. doložte fotodokumentaci)	
<input type="checkbox"/> 178	zničení (věc uschovejte pro důkazní řízení, event. doložte fotodokumentaci)	
<input type="checkbox"/> 179	ztráta	
<input type="checkbox"/> 180	jiná majetková škoda (čistě finanční škoda)	

Rozsah škody

označení věci	<input type="text"/>	181	rok pořízení	<input type="text"/>	182	pořizovací cena	<input type="text"/>	183
označení věci	<input type="text"/>	184	rok pořízení	<input type="text"/>	185	pořizovací cena	<input type="text"/>	186
označení věci	<input type="text"/>	187	rok pořízení	<input type="text"/>	188	pořizovací cena	<input type="text"/>	189
označení věci	<input type="text"/>	190	rok pořízení	<input type="text"/>	191	pořizovací cena	<input type="text"/>	192
označení věci	<input type="text"/>	193	rok pořízení	<input type="text"/>	194	pořizovací cena	<input type="text"/>	195
označení věci	<input type="text"/>	196	rok pořízení	<input type="text"/>	197	pořizovací cena	<input type="text"/>	198
označení věci	<input type="text"/>	199	rok pořízení	<input type="text"/>	200	pořizovací cena	<input type="text"/>	201
označení věci	<input type="text"/>		rok pořízení	<input type="text"/>		pořizovací cena	<input type="text"/>	Kč

Týká-li se škoda více věcí, uveďte tyto údaje v příloze.

Výše škody (rozepsat):

<input type="text"/>	202
----------------------	-----

Jsou poškozené věci majetkově pojištěny?	205	číslo pojistné smlouvy	206
<input type="checkbox"/> 203 ne <input type="checkbox"/> 204 ano	U kterého pojistitele? <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Přílohy

Prohlášení

Jsem si vědom/a své povinnosti dle § 415 občanského zákoníku minimalizovat škody již nastalé a zabránit vzniku škod dalších.

V souvislosti s výše uvedenou škodou jsem neuplatnil/a a ani v budoucnu neuplatním nárok na náhradu téže škody vůči jinému subjektu, nebo ze smluvního pojištění. Jsem si vědom/a, že přijetím dvojího plnění za tutéž věc mám povinnost podle § 451 občanského zákoníku příslušnou částku vydat jako bezdůvodné obohacení.

Prohlašuji, že veškeré údaje obsažené v tomto prohlášení jsem uvedl/a pravdivě a úplně a s vědomím, že uvedením nepravdivých údajů se vystavuji riziku postihu podle příslušných ustanovení právního řádu České republiky.

Souhlasím s tím, aby mé adresní a identifikační osobní údaje byly zpracovány správcem Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2 a jeho smluvními zpracovateli splňujícími podmínky zák. č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zák. č. 363/1999 Sb. o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností, plynoucích ze závazkového právního vztahu, a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů.

Souhlasím s předáváním těchto údajů subjektům mezinárodního koncernu Generali a jeho zajišťovacími partnerům v souladu s právními předpisy pro účely a dobu uvedenou v předchozím odstavci.

Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu § 11 zák. č. 101/2000 Sb. informován o svých právech a povinnostech správce, zejména o právu přístupu k osobním údajům, jakož i o dalších právech dle § 21 tohoto zákona.

Zmocňuji společnost Generali Pojišťovna a.s., aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti s touto škodou mohla nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich výpisy. Dále jí zmocňuji k nahlédnutí do podkladů jiných pojištění v souvislosti se šetřením škod a s výplatou pojistných plnění.

Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných údajů.

Pokud došlo ke škodě na životě nebo na zdraví, souhlasím kromě výše uvedeného s následujícím:

Souhlasím s tím, aby kromě adresních a identifikačních údajů byly výše uvedeným způsobem zpracovávány také údaje o mém zdravotním stavu. Zavazuji se informovat pojistitele o ošetřujících lékařích a zdravotnických zařízeních a zajišťovat od nich pojistitelem požadované zprávy. Zároveň pojistiteli uděluji souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazuji poskytnout mu veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu nebo jejich poskytnutí zajistím. Zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji tímto ošetřující lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické a jiné dokumentace; dále pojistitele zmocňuji, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení.

Zároveň souhlasím s tím, aby pojistitel v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod. Výše uvedený souhlas a zmocnění se vztahuje i na dobu po mé smrti. Pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mu budou poskytnuty doklady potřebné pro likvidaci škody, zejména ty, které si vyžádá. V případě poskytování náhrady za ztrátu na výdělků se zavazuji informovat pojistitele bez odkladu o změně svého povolání a změně příjmu.

podpis poškozeného (příp. otisk razítka)

datum	207	místo	208
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>