

oznámení škodní události

Upozornění: žádáme Vás o vyplnění tohoto formuláře čitelně hůlkovým písmem nebo na stroji. Ve vlastním zájmu podejte pravdivé vysvětlení o vzniku a rozsahu následků škodní události, tak jak Vám ukládá § 799 odst. 2 občanského zákoníku. Úplným a přesným vyplněním tohoto tiskopisu urychlíte průběh likvidace

Doručeno pojistiteli dne:
(vyplní zaměstnanec pojišťovny)

Číslo pojistné smlouvy

Číslo pojistné události
(vyplní zaměstnanec pojišťovny)

Pojištěný

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
Název právnické osoby			IČO
Ulice a číslo popisné	PSČ	Místo	Telefon
Bankovní spojení, č. účtu	Specifický symbol	Plátce DPH *) ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Beru na vědomí, že při likvidaci škody bude ČSOB Pojišťovna, a.s., proplácet DPH jen u osob, které nejsou plátcí daně z přidané hodnoty.

Osoba pověřená projednáním škodní události

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
Osoba shodná pojištěným *) ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Vztah k pojištěnému		
Ulice a číslo popisné	PSČ	Místo	Telefon

Poškozený (vyplnit jen při hlášení škodní události z pojištění odpovědnosti za škodu)

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
Název právnické osoby			IČO
Ulice a číslo popisné	PSČ	Místo	Telefon
Bankovní spojení, č. účtu	Specifický symbol	Plátce DPH *) ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>	Beru na vědomí, že při likvidaci škody bude ČSOB Pojišťovna, a.s., proplácet DPH jen u osob, které nejsou plátcí daně z přidané hodnoty.

Datum škodní události

Ke škodní události došlo dne:	V hodin:	Případně uveďte časový interval: od do
-------------------------------	----------	---

Místo škodní události

Adresa shodná s adresou pojištěného *) ano <input type="checkbox"/>	Adresa shodná s adresou poškozeného *) ano <input type="checkbox"/>		
Ulice a číslo popisné	PSČ	Místo	Telefon

Příčina a děj škodní události

Popis

Kdo první zpozoroval škodní událost?

