

Vyplněný fomulář včetně příloh zašlete na adresu: [bibova@platinum.cz](mailto:bibova@platinum.cz)



## Oznámení škodné události z pojištění odpovědnosti, osobních věcí, bezpečnostních rizik a právní ochrany a kauce

Číslo pojistné smlouvy   
Platnost pojištění

### Pojištěný

Jméno pojištěného  RČ/Dat. narození   
Adresa   
E-mail  Telefon

### Oznamovatel škody

**Vyplňte v případě, že pojištěný není shodný s oznamovatelem**

Jméno  RČ/Dat. narození   
Adresa   
E-mail  Telefon

### Informace o škodné události

Datum vzniku  Hodina vzniku   
Místo vzniku   
Popis události

Kontaktoval pojištěný asistenční službu?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Vznikla škoda při dopravní nehodě?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Vznikla škoda pod vlivem návykových látek?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Šetřila událost policie?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>
Odpovídá za škodu jiný subjekt?	ANO <input type="checkbox"/>	NE <input type="checkbox"/>

Máte sjednáno pojištění ještě u jiného subjektu? ANO  NE

### Vyplňte v případě pojištění odpovědnosti

#### Poškozený

Jméno poškozeného  RČ/Dat. Narození/IČ   
Adresa   
E-mail  Telefon

Typ škody škoda na věci  škoda na zdraví  jiná škoda

Popis události

Vztah pojištěný/poškozený

Sdílíte s poškozeným společnou domácnost? ANO  NE

### Vyplňte v případě pojištění osobních věcí a cestovních dokladů

Druh škody poškození  zničení  odcizení  jiné

Popis události

Uvedte seznam poškozených/zničených/odcizených věcí, pořizovací cenu a stáří věci

--

Byla škoda způsobena dopravcem? Pokud ano, uveďte název a adresu

ANO

NE

--

**Vyplňte v případě pojištění zpoždění/zmeškání dopravního prostředku**

Druh škody

zpoždění

zmeškání

Popis události

--

Datum a hodina plánovaného odjezdu

--

Datum a hodina skutečného odjezdu

--

Název a adresa dopravce

--

**Vyplňte v případě pojištění bezpečnostních rizik, právní ochrany a kauce**

Popis události

--

Máte sjednáno pojištění ještě u jiného subjektu?

ANO

NE

Uplatňujete nárok na plnění u jiného pojistitele?

ANO

NE

Pokud ano, uveďte název a adresu pojistitele?

Bankovní účet pro výplatu plnění

--

Prohlašuji, že jsem uvedl/a veškeré informace a okolnosti pravdivě. Jsem si vědom/a toho, že pokud by mnou uvedené údaje byly obráceny v opak, budu čelit všem z toho vyplývajícím právním následkům.

Zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti a souhlasím, aby pojistitel pro potřeby řešení škodné události vyžádal kompletní dokumentaci o mém zdravotním stavu a léčení. Souhlasím, aby ošetřující lékař zapůjčil pojistiteli mou zdravotní dokumentaci, příp. z ní vyhotovil výpis pro potřeby řešení škodné události a aby vyhotovil lékařské zprávy.

Zplnomocňuji pojistitele k případnému vyžádání podkladů u policie, správních orgánů a jiných pojišťoven.

V

--

dne

--

--

Podpis pojištěného nebo oprávněného zástupce