

Uplatnění újmy - vyplňuje Poškozený

Číslo události*	Číslo pojistné smlouvy*	Datum vzniku události	Místo vzniku
		20	Obec, PSČ

Pojištěný
Jméno, příjmení
Adresa bydliště

Poškozený			
Název právnické osoby / jméno, příjmení	IČ / RČ	Telefon	
Sídlo / adresa	E-mail		

Čestné prohlášení poškozeného – vyplní poškozený			
1. Uplatňuji po výše uvedeném pojištěném nárok na náhradu újmy ve výši Kč. Úhradu zašlete na číslo účtu / kód banky:			
2. Prosíme, podrobně popište, jak došlo k újmě, co bylo příčinou újmy, co bylo poškozeno:			
3. Uvedte, prosím, Váš vztah k pojištěnému (např. uvedením příbuzenského vztahu, společná domácnost, bez příbuzenského vztahu):			
4. Vznikla újma na Vašem majetku nebo na věci Vámi po právu užívané? Pokud ne, uvedte majitele:			
5. Budete náhradu této újmy uplatňovat i z jiného druhu pojištění nebo u jiného pojistitele? **) <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE Pokud ano, prosíme, uvedte název pojištění i pojistitele (pojišťovny):			
6. Podklady k vyčíslení škody: Prosíme, popište stav věci před poškozením: Jste plátcem DPH? **) <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE			
V případě poškození vozidla (stroje) uveďte: Tovární značka: Typ a provedení:	SPZ / RZ:	VIN / VÝROBNÍ ČÍSLO:	ROK VÝROBY:

*) vyplňte, je-li Vám údaj znám

**) zakřížkujte odpovídající

Prohlášení, souhlasy, plná moc

Prohlášení poškozeného z pojištění odpovědnosti:

Prohlašuji, že veškeré mnou poskytnuté informace o vzniku a rozsahu následků události, s níž spojuji požadavek na poskytnutí pojistného plnění (dále jen „události“), jsou pravdivé. Dále prohlašuji, že veškeré mé odpovědi na položené dotazy pojistitele uvedené v tomto oznámení jsou pravdivé a úplné a jsem si vědom důsledků poskytnutí vědomě neúplných nebo nepravdivých odpovědí na povinnost pojistitele plnit.

Prohlašuji, že:

- jsem byl v souladu s ustanovením čl. 13 a čl. 14 Nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) č. 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) (dále jen „GDPR“), pojistitelem řádně a detailně (co do vysvětlení obsahu a významu všech jejich jednotlivých ustanovení) seznámen s Informacemi o zpracování osobních údajů (tzv. Informačním memorandem);
- beru na vědomí a jsem srozuměn s informací pojistitele o tom, že Informační memorandum je a bude k dispozici na webových stránkách pojistitele na adrese www.csobpoj.cz nebo na kterémkoliv obchodním místě pojistitele;
- řed podáním tohoto oznámení jsem měl možnost se seznámit s Informačním memorandem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandu jsem měl možnost obrátit se na pojistitele.

Souhlasy poškozeného z pojištění odpovědnosti:

V souladu s ustanovením § 2828 a § 2864 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas se získáváním údajů o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného, se zjišťováním a přezkoumáváním mého zdravotního stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného nebo příčiny mé smrti nebo příčiny smrti zastoupeného, a to od ošetřujících lékařů a zdravotnických zařízení, jsou-li pro to důvody související se šetřením události.

Beru na vědomí, že udělení souhlasu je dobrovolné a že jej mohu kdykoli odvolat. Dále beru na vědomí, že odvolání nebo neudělení tohoto souhlasu může vést ke ztížení šetření pojistné události nebo toto šetření pojistitele znemožnit. V takovém případě nebude pojistitel moci poskytnout pojistné plnění v plném rozsahu, případně nebude moci plnit vůbec.

Prohlašuji a svým podpisem níže stvrzuji, že v souladu s ustanovením § 128 odst. 1 zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, uděluji pojistiteli souhlas s poskytnutím informací týkajících se pojištění:

- členům skupiny ČSOB, jejichž seznam je uveden na internetových stránkách www.csob.cz/skupina, a
- ostatním subjektům podnikajícím v pojišťovnictví a zájmovým sdružením či korporacím těchto subjektů.

Souhlasím s tím, aby právní či jiná jednání pojistitele ve věci události (např. oznámení pojistitele, jeho žádosti nebo jeho jiná sdělení) byla činěna prostřednictvím uvedených prostředků elektronické komunikace (e-mailu, telefonu). To platí i pro případ, kdy jednání pojistitele bude obsahovat údaje o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného.

Plná moc poškozeného z pojištění odpovědnosti:

V souladu s občanským zákoníkem svým níže uvedeným podpisem uděluji pojistiteli plnou moc k tomu, aby ve věcech souvisejících s oznámenou událostí požadoval nezbytné informace od orgánů veřejné moci (např. policie, správních orgánů) nebo třetích osob (např. zdravotních pojišťoven), včetně možnosti nahlížet do spisů a pořizovat z nich výpisy či opisy.

V dne

.....
Podpis poškozeného