

Doručeno pojistiteli dne:  
(vyplní zaměstnanec pojišťovny)

Číslo pojistné smlouvy

Číslo pojistné události  
(vyplní zaměstnanec pojišťovny)**Pojištěný**

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul	Stát. přísluš.
Název právnické osoby			IČO	
Ulice a číslo popisné	PSČ	Místo	Stát sídla	Telefon
Bankovní spojení, č. účtu	Specifický symbol			Plátce DPH *) ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>

**Osoba pověřená projednáním škodní události**

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

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

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul	Stát. přísluš.
Název právnické osoby			IČO	
Ulice a číslo popisné	PSČ	Místo	Stát sídla	Telefon
Bankovní spojení, č. účtu	Specifický symbol			Plátce DPH *) ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>

**Datum škodní události**

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

**Místo škodní události**

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

**Příčina a děj škodní události**

Popis
-------

Kdo první zpozoroval škodní událost?

