

Uplatnění újmy - vyplňuje Poškozený

|                        |                                |                              |                     |
|------------------------|--------------------------------|------------------------------|---------------------|
| <b>Číslo události*</b> | <b>Číslo pojistné smlouvy*</b> | <b>Datum vzniku události</b> | <b>Místo vzniku</b> |
|                        |                                | 20                           | Obec, PSČ           |

|                  |
|------------------|
| <b>Pojištěný</b> |
| Jméno, příjmení  |
| Adresa bydliště  |

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

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

\*) 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 memorandumem);
- 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](http://www.csobpoj.cz) nebo na kterémkoliv obchodním místě pojistitele;
- před podáním tohoto oznámení jsem měl možnost se seznámit s Informačním memorandumem a pro zodpovězení všech mých případných dotazů k Informačnímu memorandumu jsem měl možnost obrátit se na pojistitele.

### Souhlasy poškozeného z pojištění odpovědnosti:

*Zaškrtnutím souhlasím*

V souladu s ustanovením čl. 9 **GDPR**, souhlasím, aby údaje o mém zdravotním stavu nebo zdravotním stavu zastoupeného byly pojistitelem, smluvním zajistitelem a všemi osobami činnými pro pojistitele zpracovávány pro potřebu šetření události a v rámci činnosti v pojišťovnictví nebo zajišťovací činnosti podle zákona č. 277/2009 Sb., o pojišťovnictví, ve znění pozdějších předpisů, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností plynoucích ze závazkového vztahu.

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 souhlasu se zpracováním údajů o zdravotním stavu může vést ke ztížení šetření události nebo toto šetření pojistitele znemožnit. V takovém případě nebude pojistitel moci buď v plném rozsahu, nebo zcela poskytnout pojistné plnění.

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](http://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