

Datum a čas vzniku

| | |
|-------|-----------------------|
| Datum | Čas (hodina a minuty) |
|-------|-----------------------|

Vlastník (vozidla, kterým byla nehoda způsobena)

| | |
|----------------------------------|--------------------------|
| Číslo pojistné smlouvy | |
| Jméno (název) | |
| Adresa (sídlo) | |
| Místo | PSČ |
| RČ (IČ) | Datum narození |
| Stát. přísl. (Stát sídla) | Telefon Po – Pá 8 – 17 h |
| Provozovatel (držitel) – RČ (IČ) | Datum narození |
| Jméno (název) | |
| Adresa (sídlo) | |
| Místo | PSČ |

Poškozený (vlastník poškozeného vozidla, věci)

| | |
|---|--------------------------|
| Jméno (název) | |
| Adresa (sídlo) | |
| Místo | PSČ |
| Stát. přísl. (Stát sídla) | Telefon Po – Pá 8 – 17 h |
| RČ (IČ) | Datum narození |
| Č. účtu | |
| VS (SS) | |
| u peněž. ústavu | |
| Provozov. (držitel) poškozeného vozidla – RČ (IČ) | |
| Jméno (název) | |
| Adresa (sídlo) | |
| Místo | PSČ |

Místo nehody (přesné určení)

| | |
|-------|------|
| Místo | Stát |
|-------|------|

Pojištěný (řidič vozidla, kterým byla nehoda způsobena)

| | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Jméno | |
| Adresa | |
| Místo | PSČ |
| RČ (IČ) | Datum narození |
| Stát. přísl. | Telefon Po – Pá 8 – 17 h |
| Řidičský průkaz č., skupiny | A B C D E T |
| Vydán dne | Kým |
| VOZIDLO – kterým byla škoda způsobena | |
| Reg. značka (SPZ) | |
| Tov. značka | Typ |

Řidič poškozeného vozidla v době nehody

| | |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> shodné s poškozeným/poškozenou | |
| Jméno | |
| Adresa | |
| Místo | PSČ |
| RČ | Stát. přísl. Datum narození |
| Poškozené vozidlo | Reg. značka (SPZ) |
| Tov. značka | Typ |
| Barva | |
| Rok výroby / uvedení do provozu * | |
| Celk. počet ujetých km * | |
| Č. karoserie (VIN) * | |
| Číslo motoru * | |
| Obsah válců / výkon motoru * | |

Vztah poškozeného k pojištěnému (příbuzenský poměr)

| | |
|---|--|
| Je poškozená věc ve společném jmění manželů * | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| Je poškozená věc ve spoluvlastnictví více majitelů * | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| Je poškozená věc předmětem leasingu * | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| Vinkulace * | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| Zástavní právo * | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| Je poškozená věc vykazována v účetnictví vlastníka * | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| Je poškozený plátcem DPH * | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| Je poškozená věc havarijně pojištěna – pokud ANO uveďte název pojistitele * | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |
| Uplatníte nebo jste uplatnil nárok na plnění z tohoto havarijního pojištění * | <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE |

| | |
|--|---------|
| Popis příčiny a průběhu nehody | |
| Nehodu zavinil (jméno) | |
| Svědci nehody (jméno, adresa) | |
| Nehodu vyšetřovala policie (adresa) | pod čj. |
| Pokud dopr. nehoda nebyla policií šetřena, uveďte důvod: | |

Při nehodě došlo ke zranění osob ve vozidle, kterým byla újma způsobena (jméno, adresa)

| |
|---|
| 1. osoba |
| Adresa zdravot. zařízení, kde bylo poskytnuto ošetření: |
| 2. osoba |
| Adresa zdravot. zařízení, kde bylo poskytnuto ošetření: |
| 3. osoba |
| Adresa zdravot. zařízení, kde bylo poskytnuto ošetření: |

Ostatní zraněné osoby (jméno, adresa)

| |
|---|
| 1. osoba |
| Adresa zdravot. zařízení, kde bylo poskytnuto ošetření: |
| 2. osoba |
| Adresa zdravot. zařízení, kde bylo poskytnuto ošetření: |
| 3. osoba |
| Adresa zdravot. zařízení, kde bylo poskytnuto ošetření: |

Rozsah poškození vozidla

| |
|--|
| |
|--|

Jaké další náhrady v souvislosti s dopr. nehodou uplatňujete: *

| |
|--|
| |
|--|

Poškození dalšího cizího majetku

| Předmět | Datum pořízení * | Cena * |
|---------|------------------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

* Vyplňuje jen poškozený

Prohlášení, souhlasy, plná moc

Prohlášení pojištěného anebo 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** 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 pojištěného anebo 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**, 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 pojištěného:

V souladu s občanským zákoníkem svým níže uvedeným podpisem uděluji pojistiteli plnou moc k tomu, aby ve věcech souvisejících s pojištěními sjednanými pojistnou smlouvou, zejména v případě oznámené události, jednal mým jménem, zastupoval mě a 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.

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 pojištěného

.....
Podpis poškozeného