

Doručeno pojišťiteli dne:
 (vyplní zaměstnanec pojišťovny)

Číslo pojistné smlouvy:

Číslo pojistné události:
 (vyplní zaměstnanec pojišťovny)

Pojištěný

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul	Státní příslušnost
Název právnické osoby			IČO	
Ulice a číslo popisné/orientační		PSČ	Obec	
Stát	Telefon	E-mail		
Bankovní spojení, č. účtu		Specifický symbol	Plátce DPH *) <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	

Osoba pověřená projednáním škodní události

Osoba shodná s pojištěným *)

Pokud je osoba shodná s pojištěným, není nutné znovu vyplňovat identifikační údaje.

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
Vztah k pojištěnému		E-mail	
Ulice a číslo popisné/orientační		PSČ	Obec
Stát		Telefon	

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

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul	Státní příslušnost
Název právnické osoby			IČO	
Ulice a číslo popisné/orientační		PSČ	Obec	
Stát	Telefon	E-mail		
Bankovní spojení, č. účtu		Specifický symbol	Plátce DPH *) <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/> NE	

Datum škodní události

Ke škodní události došlo dne	V hodin	Případně uveďte časový interval	
		Od: 2 0	Do: 2 0

Místo škodní události

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

Příčina a děj škodní události

Popis
Kdo první zpozoroval škodní událost?

Osoba, která událost zavinila nebo způsobila

Osoba shodná s pojištěným *)

Rodné číslo	Příjmení	Jméno	Titul
Název právnické osoby	IČO		
Ulice a číslo popisné/orientační	PŠČ	Obec	Telefon

Orgány šetřící škodní událost

Kdo vyšetřoval příčinu škodní události (Policie ČR, hasičský sbor, ...), adresa, datum, č.j.:

Vinkulace, zástavní právo

Je pojištění plnění vinkulováno nebo pojištěná stavba/jednotka zastavena? *) ANO NE Pokud **ANO**, uveďte název subjektu, v jehož prospěch je vinkulace provedena

Seznam poškozených (P), zničených (Z) nebo odcizených (O) věcí ¹⁾

Položka číslo	Kusů/ rozměry	Pořizovací cena (Kč)	Měsíc a rok pořízení	P	Z	O

Další vzniklé újmy

Vznikla újma na zdraví nebo životě? *) ANO NE Vznikla finanční škoda (penále, regresní nárok, apod.)? *) ANO NE

Prohlášení

Prohlašuji, že *) MÁM NEMÁM věc, která byla poškozena, zničena nebo odcizena škodní událostí ze dne , pojištěnu proti těmto pojištěnému nebezpečí (riziku) i u jiného pojistitele a pojištění plnění *) **uplatňuji** **neuplatňuji** i u jiného pojistitele.

K oznámení je připojeno příloh, které tvoří jeho nedílnou součást.

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

*) zakřížkujte odpovídající

1) podle potřeby doplňte další údaje jako přílohu k tomuto formuláři, přílohu podepište a označte datem