

Formulár pre hlásenie škodovej udalosti

Časť - A 1/2

DÔLEŽITÉ POKYNY PRE POISTENÉHO:

- Pojmy použité v tomto formulári majú zhodný význam ako v Poistnej zmluve, Všeobecných a Osobitných poistných podmienkach poistenia GAP. Škodová udalosť je v tomto formulári ďalej uvádzaná pod skratkou "PU".
- Časť A musí byť vyplnená a predložená Poistiteľovi bez zbytočného odkladu v čo najkratšom možnom termíne po vzniku Škodovej udalosti týkajúcej sa Vozidla uvedeného v Poistnej zmluve poistenia GAP.
- Akékoľvek oneskorenie, ktoré môže mať vážny dopad na schopnosť Poistiteľa riadne posúdiť alebo vyšetriť Škodovú udalosť, môže byť považované za dôvod pre zníženie alebo zamietnutie Poistného plnenia.
- Prosím, vyplňte všetky časti tohto formulára a uistite sa, že ste riadne vyplnili všetky požadované informácie. V prípade potreby vytvorte a podpíšte prílohy s ďalšími informáciami.
- Neúplne vyplnený alebo Poisteným nepodpísaný formulár bude Poistiteľom vrátený na doplnenie. Šetrenie Škodovej udalosti bude zahájené až po predložení kompletne vyplneného a Poisteným podpísaného formulára.
- Pri komunikácii alebo korešpondencii s Poistiteľom vždy, prosím, uvádzajte Registračné číslo Škodovej udalosti oznámené Poistiteľom v registračnom liste a taktiež číslo Poistnej zmluvy poistenia GAP.

Číslo Poistnej zmluvy		Číslo Škodovej udalosti: (viď Registračný list)	
Údaje o Poistenom:		Údaje o Vozidle:	
Meno / Názov Poisteného		Továrenská značka	
RČ / IČO Poisteného		Model / Verzia / Variant	
Ste platcom DPH?		Vlastník (podľa TP)	
Kontaktná osoba (*)		Držiteľ (podľa TP)	
Telefónne číslo		Spôsob financovania (hotovosť, úver, leasing)	
E-mail		Evidenčné číslo (ŠPZ)	
Kontaktná adresa - Ulica		VIN	
Kontaktná adresa - Mesto		Platnosť STK	
Meno užívateľa Vozidla v čase vzniku PU		Dátum kúpy vozidla	
Vzťah k Poistenému (pokiaľ to nie je Poistený)		Meno/názov predajcu	
Ako a kedy bol informovaný Poistený		Obstarávacía cena	
Počet totálnych škôd užívateľa (posl. 3 roky)		Zakúpené ako nové/jazdené	
Počet totálnych škôd motorových vozidiel, ktoré mal Poistený za posledné 3 roky		Posledný servis - Dátum	
Doplňujúce údaje		Posledný servis - Miesto	
(*) V prípade právnickej osoby uveďte celé meno osoby, ktorá predkladá tento formulár (štatutárny zástupca alebo osoba poverená písomnou plnou mocou).		Názov poisťiteľa, u ktorého je škoda uplatňovaná	
		Výška spoluúčasti z hav. poistenia (% / suma)	
Údaje o vzniku PU			
Dátum a čas vzniku PU		Celkový stav najazdených km v čase vzniku PU	
Miesto vzniku PU		Stav vozidla pred vznikom PU (predchádzajúce poškodenie)	
PU šetrená políciou (kontakt, číslo spisu)		Na aký účel bolo vozidlo používané (presný popis)	
Podrobný popis vzniku PU (v prípade potreby priložte listy prílohy)			
Svedkovia PU (kontakt / vzťah k Poistenému)			

Pre účely zistenia konfliktu záujmov prehlasujem, že som:

- a) v zamestnaneckom, či inom obdobnom pracovnoprávnom vzťahu k spoločnosti Colonnade áno nie
- b) príbuzným (rodič, dieťa, prarodič, vnuk, vnučka, súrodenc, manžel/ka) zamestnanca spoločnosti Colonnade áno nie
- c) finančným sprostredkovateľom v zmysle osobitného zákona pre spoločnosť Colonnade áno nie

Pokračujte, prosím na Časť A - 2/2

Formulár pre hlásenie škodovej udalosti

Časť - A 2/2

Číslo Poistnej zmluvy	Číslo Škodovej udalosti (viď Registračný list)
Údaje ku škode na vozidle (havária/ živel/ iné):	Údaje ku krádeži vozidla:
Príčina PU (havária/ živel/ iné)	Ako bolo odcudzenie zistené
Počet spolucestujúcich vo vozidle	Kto zistil odcudzenie
Ďalšie zúčastnené vozidlá (reg. značka, model, ...)	Vzťah osoby, ktorá posledná zistila odcudzenie, k poistenému
Ďalší účastníci - mená	Kedy bolo vozidlo naposledy videné (dátum a čas)
Zranenia účastníkov (kto, rozsah)	Kto posledný videl vozidlo
Zavinenie (kto, ak bola uznaná zodpovednosť)	Vzťah osoby, ktorá posledná videla odcudzené vozidlo, k poistenému
Poznali ste ostatných účastníkov pred vznikom PU	Kde bolo vozidlo naposledy videné (adresa)
Stretli ste ostatných účastníkov neskôr po PU	Zdôvodnenie iného miesta než je adresa poisteného
Výsledky testu na alkohol (všetkých účastníkov)	Kto a kedy naposledy použil vozidlo (meno/dátum/čas)
Intenzita premávky v čase vzniku PU	Vzťah k poistenému
Poveternostné podmienky v čase vzniku PU	Ako bolo zabezpečené vozidlo proti krádeži
Rýchlosť vozidla pred a v okamžiku vzniku PU	Koľko kľúčov od vozidla bolo prevzatých pri jeho
Vzdialenosť medzi vozidlami pred vznikom PU	Koľko duplikátov kľúčov bolo od kúpy vozidla vyrobené
Bolo vozidlo po PU pojazdené	Koľko kľúčov od vozidla je k dispozícii a kde sú
Kto rozhodol o odťahu vozidla	Kde sa nachádzajú doklady od vozidla
Kto a kam odtiahol vozidlo	Ďalšie dôležité údaje
Miesto uloženia vozidla (vrátane kontaktu)	

SPLNOMOCNENIE A PREHLÁSENIE

Ja, nižšie podpísaný Poistený, týmto udeľujem plnú moc spoločnosti **Colonnade Insurance S.A.**, pobočka poisťovne z iného členského štátu (ďalej len „Colonnade“) a jej riadne ustanovenému zástupcovi pre účely šetrenia vyššie uvedenej PU, a to vo vzťahu ku ktorémukoľvek poisťiteľovi, oficiálnemu importérovi značky vozidla, predajcovi vozidla, opravcovi vozidla, banke, leasingovej spoločnosti, orgánom štátnej správy, inej právnickej alebo fyzickej osobe alebo ustanovenému zástupcovi ktoréhokoľvek z týchto osôb v nasledovnom rozsahu:

- Požadovať a obdržať informácie týkajúce sa šetrenia vyššie uvedenej PU, a to aj v priebehu šetrenia, požadovať a obdržať kópie dokumentov týkajúcich sa Primárneho poistenia alebo nárokov uplatnených podľa Primárneho či iného poistenia vozidla;
- Overiť kúpu, podrobnosti o spôsobe používania, záznamy o prevádzke a servisných kontrolách vyššie uvedeného vozidla, šetriť a overiť okolnosti vedúce k vzniku PU a vzniku nároku na poistné plnenie;
- Overiť akúkoľvek vyššie poskytnutú informáciu a prehlásenie, vrátane práva požadovať dokumenty potvrdzujúce poskytnutú informáciu a prehlásenie;

Ďalej prehlasujem, že všetky mnou poskytnuté informácie na tomto formulári sú pravdivé a úplné, a že udalosť, v dôsledku ktorej si uplatňujem nárok na poistné plnenie, bola náhodnou a neočakávanou udalosťou.

UPOZORNENIE

Vedomé poskytnutie nepravdivých informácií alebo prehlásení pri hlásení PU je trestným činom. Colonnade si vyhradzuje právo nahlásiť všetky prípady poistných podvodov (vrátane pokusu o poistný podvod) príslušným štátnym orgánom a podniknúť všetky právne kroky k náhrade výdavkov k uplatneniu svojich práv vrátane náhrady už vyplateného poistného plnenia.

Dátum vyplnenia hlásenia	Podpis Poisteného (alebo splnomocneného zástupcu)
--------------------------	---

Vyplnený a podpísaný formulár zašlite na nižšie uvedenú adresu.

Colonnade Insurance S.A., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Digital park II, Einsteinova 23, 851 01 Bratislava

Formulár pre hlásenie škodovej udalosti

Časť - B 1/1

DÔLEŽITÉ POKYNY PRE POISTENÉHO:

- Pojmy použité v tomto formulári majú zhodný význam ako v Poistnej zmluve, Všeobecných a Osobitných poistných podmienkach poistenia GAP. Škodová udalosť je v tomto formulári ďalej uvádzaná pod skratkou "PU".
- Časť A musí byť vyplnená a predložená Poistiteľovi bez zbytočného odkladu v čo najkratšom možnom termíne po vzniku Škodovej udalosti týkajúcej sa Vozidla uvedeného v Poistnej zmluve poistenia GAP.
- Akkoľvek oneskorenie, ktoré môže mať vážny dopad na schopnosť Poistiteľa riadne posúdiť alebo vyšetriť Škodovú udalosť, môže byť považované za dôvod pre zníženie alebo zamietnutie Poistného plnenia.
- Prosím, vyplňte všetky časti tohto formulára a uistite sa, že ste riadne vyplnili všetky požadované informácie. V prípade potreby vytvorte a podpíšte prílohy s ďalšími informáciami.
- Neúplne vyplnený alebo Poisteným nepodpísaný formulár bude Poistiteľom vrátený na doplnenie. Šetrenie Škodovej udalosti bude zahájené až po predložení kompletne vyplneného a Poisteným podpísaného formulára.
- Pri komunikácii alebo korešpondencii s Poistiteľom vždy, prosím, uvádzajte Registračné číslo Škodovej udalosti oznámené Poistiteľom v registračnom liste a taktiež číslo Poistnej zmluvy poistenia GAP.

Číslo Poistnej zmluvy		Číslo Škodovej udalosti: (viď Registračný list)	
Údaje o Poistenom:		Korešpondenčná adresa	
Meno / Názov Poisteného		Ulica	
RČ / IČO Poisteného		Popisné číslo / orientačné	
Kontaktná osoba (*)		Mesto	
Telefónne číslo		PSČ	
E-mail		Štát	

(*) V prípade právnickej osoby uveďte celé meno osoby, ktorá predkladá tento formulár (štatutárny zástupca alebo osoba poverená písomnou plnou mocou).

Údaje o nároku a poistnom plnení z Primárneho poistenia

Názov Poistiteľa, u ktorého bol nárok uplatnený		Všeobecná/trhová hodnota/cena vozidla podľa Primárneho poistiteľa	
Typ poistenia, z ktorého bol nárok uplatnený		Suma vyplateného poistného plnenia Primárneho poistiteľa	
Dôvody krátenia poistného plnenia (ak bolo krátené)		Suma krátenia poistného plnenia Prim. Poistiteľa	
Je možné spoluúčast uplatniť z iného poistenia		Suma odpočítanej zmluvnej spoluúčasti	
Pokiaľ ÁNO, tak z akého (PZP, zodp., apod.)		Celková výška iných náhrad alebo plnení (**)	
Meno / Názov kupcu zvyškov vozidla		Suma odpočítanej hodnoty zvyškov vozidla Prim. poisť.	
Tel. č. na kupcu zvyškov vozidla		Skutočná cena zvyškov podľa dokladu o predaji	

(**) Uveďte súčet súm, ktoré ste obdržal(a) alebo je možné predpokladať ich obdržanie od iných Poistiteľov či tretích strán osôb v rámci tejto PU.

Údaje pre účely nároku z GAP poistenia (prípadné poistné plnenie bude zaslané na nižšie uvedený bankový účet)

Vinkulácia Poistného plnenia (názov finančnej spoločnosti)		Číslo bankového účtu	
Vinkulácia v prospech číslo účtu		Vlastník bankového účtu	

PREHLÁSENIE POISTENÉHO

Ja, nižšie podpísaný Poistený týmto prehlasujem, že všetky mnou poskytnuté informácie na tomto formulári vrátane všetkých príloh, prehlásení, stanovísk a vyhlásení v súvislosti s uplatňovaným nárokom na poistné plnenie sú pravdivé a úplné.

Ďalej prehlasujem, že som si plne vedomý povinnosti Poisteného aj Poistiteľa postupovať pri likvidácii PU v súlade s príslušnou legislatívou, dojednanou Poistnou zmluvou a poistnými podmienkami (hlavne súčinnosť Poisteného pri šetrení PU, metodika ocenenia vozidla k dátumu vzniku PU, apod.).

Dátum vyplnenia hlásenia		Podpis Poisteného (alebo splnomocneného zástupcu)	
--------------------------	--	---	--

Vyplnený a podpísaný formulár zašlite na nižšie uvedenú adresu.

Colonnade Insurance S.A., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Digital park II, Einsteinova 23, 851 01 Bratislava