

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