

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 tiež číslo Poistnej zmluvy poistenia GAP.

Číslo Poistnej zmluvy	Číslo Škodovej udalosti: (viď Registračný list)
Údaje o Poistenom:	
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
E-mail	Evidenčné číslo (ŠPZ)
Kontaktná adresa - Ulica	VIN
Kontaktná adresa - Mesto	Platnosť STK
Meno užívateľa Vozidla v čase	Dátum kúpy vozidla
Vzťah k Poistenému	Meno/názov predajcu
Ako a kedy bol informovaný	Obstarávacia 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	Názov poistiteľa, u ktorého je
(štatutárny zástupca alebo osoba poverená písomnou plnou mocou).	Výška spoluúčasti z hav. pois-

Údaje o vzniku PU

Dátum a čas vzniku PU	Celkový stav najazdených km v
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 | <input type="checkbox"/> | áno | <input type="checkbox"/> | nie |
| b) príbuzným (rodič, dieťa, prarodič, vnuk, vnučka, súrodenec, manžel/ka) zamestnanca spoločnosti Colonnade | <input type="checkbox"/> | áno | <input type="checkbox"/> | nie |
| c) finančným sprostredkovateľom v zmysle osobitného zákona pre spoločnosť Colonnade | <input type="checkbox"/> | áno | <input type="checkbox"/> | 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 kúpe
Vzdialenosť medzi vozidlami pred vznikom PU	Koľko duplikátov kľúčov bolo od kúpy vozidla vyrobených
Bolo vozidlo po PU pojazdné	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.

Zároveň potvrdzujem, že mi boli poskytnuté Informácie o spracúvaní osobných údajov podľa článkov 13 a 14 nariadenia Európskeho parlamentu a Rady 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktoré sú prístupné aj na webovom sídle poisťiteľa www.colonnade.sk

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

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.
- 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 tak tiež číslo Poistnej zmluvy poistenia GAP.

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

(*) 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. poist.
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