

Druh škody

²⁵⁰ škoda na zdraví (lékařské zprávy a ohodnocení škody podle vyhl. č. 440/2001 Sb. doložte v příloze) 250

první pomoc poskytl zdravotnické zařízení

²⁵⁰ škoda na věci

²⁵⁰ poškození (věc uschovejte pro důkazní řízení, event. doložte fotodokumentaci)

²⁵⁰ zničení (věc uschovejte pro důkazní řízení, event. doložte fotodokumentaci)

²⁵⁰ ztráta

²⁵⁰ jiná majetková škoda

Rozsah škody

označení věci	<input type="text"/>	²⁵⁰	rok pořízení	<input type="text"/>	²⁵⁰	pořizovací cena	<input type="text"/>	²⁵⁰	Kč
označení věci	<input type="text"/>	²⁵⁰	rok pořízení	<input type="text"/>	²⁵⁰	pořizovací cena	<input type="text"/>	²⁵⁰	Kč
označení věci	<input type="text"/>	²⁵⁰	rok pořízení	<input type="text"/>	²⁵⁰	pořizovací cena	<input type="text"/>	²⁵⁰	Kč
označení věci	<input type="text"/>	²⁵⁰	rok pořízení	<input type="text"/>	²⁵⁰	pořizovací cena	<input type="text"/>	²⁵⁰	Kč
označení věci	<input type="text"/>	²⁵⁰	rok pořízení	<input type="text"/>	²⁵⁰	pořizovací cena	<input type="text"/>	²⁵⁰	Kč
označení věci	<input type="text"/>	²⁵⁰	rok pořízení	<input type="text"/>	²⁵⁰	pořizovací cena	<input type="text"/>	²⁵⁰	Kč
označení věci	<input type="text"/>	²⁵⁰	rok pořízení	<input type="text"/>	²⁵⁰	pořizovací cena	<input type="text"/>	²⁵⁰	Kč

Týká-li se škoda více věcí, uveďte tyto údaje v příloze.

Výše škody (rozepsat): 250

Jsou poškozené věci majetkově pojištěny?

¹⁵⁰ ne ¹⁵⁰ ano U kterého pojistitele?

²⁴⁸ číslo pojistné smlouvy

Přílohy

Prohlášení

Jsem si vědom/a své povinnosti dle § 415 občanského zákoníku minimalizovat škody již nastalé a zabránit vzniku škod dalších.

V souvislosti s výše uvedenou škodou jsem neuplatnil/a a ani v budoucnu neuplatním nárok na náhradu téže škody vůči jinému subjektu, nebo ze smluvního pojištění. Jsem si vědom/a, že přijetím dvojího plnění za tutéž věc mám povinnost podle § 451 občanského zákoníku příslušnou částku vydat jako bezdůvodné obohacení.

Prohlašuji, že veškeré údaje obsažené v tomto prohlášení jsem uvedl/a pravdivě a úplně a s vědomím, že uvedením nepravdivých údajů se vystavuji riziku postihu podle příslušných ustanovení právního řádu České republiky.

Souhlasím s tím, aby mé adresní a identifikační osobní údaje byly zpracovány správcem Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2 a jeho smluvními zpracovateli splňujícími podmínky zák. č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů, pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zák. č. 363/1999 Sb. o pojišťovnictví, a to po dobu nezbytně nutnou k zajištění práv a povinností, plynoucích ze závazkového právního vztahu, a dále po dobu vyplývající z obecně závazných právních předpisů.

Souhlasím s předáváním těchto údajů subjektům mezinárodního koncernu Generali a jeho zajišťovacími partnerům v souladu s právními předpisy pro účely a dobu uvedenou v předchozím odstavci.

Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu § 11 zák. č. 101/2000 Sb. informován o svých právech a povinnostech správce, zejména o právu přístupu k osobním údajům, jakož i o dalších právech dle § 21 tohoto zákona.

Zmocňuji společnost Generali Pojišťovna a.s., aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti s touto škodou mohla nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů a zhotovovat z nich výpisy. Dále jí zmocňuji k nahlédnutí do podkladů jiných pojišťoven v souvislosti se šetřením škod a s výplatou pojistných plnění.

Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných údajů.

Pokud došlo ke škodě na životě nebo na zdraví, souhlasím kromě výše uvedeného s následujícím:

Souhlasím s tím, aby kromě adresních a identifikačních údajů byly výše uvedeným způsobem zpracovávány také údaje o mém zdravotním stavu. Zavazuji se informovat pojistitele o ošetřujících lékařích a zdravotnických zařízeních a zajišťovat od nich pojistitelem požadované zprávy. Zároveň pojistiteli uděluji souhlas k nahlížení do zdravotnické dokumentace a dále se zavazuji poskytnout mu veškeré informace shromážděné ve zdravotnické dokumentaci vedené o mé osobě a v jiných zápisech, které se vztahují k mému zdravotnímu stavu nebo jejich poskytnutí zajistím. Zprošťuji mlčenlivosti a zmocňuji tímto ošetřující lékaře, zdravotnická zařízení, zdravotní pojišťovny a orgány správy sociálního zabezpečení k poskytnutí informací a dokladů ze zdravotnické a jiné dokumentace; dále pojistitele zmocňuji, aby si od lékařů a zdravotnických zařízení vyžadoval nutné informace o mém zdravotním stavu bez obsahového omezení.

Zároveň souhlasím s tím, aby pojistitel v případě potřeby ověřoval, zda pobírám invalidní důchod. Výše uvedený souhlas a zmocnění se vztahuje i na dobu po mé smrti. Pojistitel není povinen vyplatit pojistné plnění do doby, než mu budou poskytnuty doklady potřebné pro likvidaci škody, zejména ty, které si vyžádá. V případě poskytování náhrady za ztrátu na výdělků se zavazuji informovat pojistitele bez odkladu o změně svého povolání a změně příjmu.

podpis poškozeného (příp. otisk razítka) 254

datum

místo