

## Formulář pro hlášení škodné události

ČÁST - A 1/2

### DŮLEŽITÉ POKYNY PRO POJIŠTĚNÉHO:

- Pojmy použité v tomto formuláři mají shodný význam jako v Pojistné smlouvě, Všeobecných a Zvláštních pojistných podmínkách pojištění GAP. Škodná událost je v tomto formuláři dále uváděna pod zkratkou "PU".
- ČÁST A musí být vyplněna a předložena Pojistiteli bez zbytečného odkladu v co nejkratším možném termínu po vzniku Škodné události týkající se Vozidla uvedeného v Pojistné smlouvě pojištění GAP.
- Jakékoliv zpoždění, které může mít vážný dopad na schopnost Pojistitele řádně posoudit nebo vyšetřit Škodnou událost, může být považováno za důvod pro snížení nebo zamítnutí Pojistného plnění.
- Prosím, vyplňte všechny části tohoto formuláře a ujistěte se, že jste řádně uvedl(a) všechny požadované informace. V případě potřeby vytvořte a podepište přílohy s dalšími informacemi.
- Neúplně vyplněný nebo Pojištěným nepodepsaný formulář bude Pojistitelem odmítnut. Šetření Škodné události bude zahájeno až po předložení kompletně vyplněného a Pojištěným podepsaného formuláře.
- Při komunikaci či korespondenci s Pojistitelem vždy, prosím, uvádějte Registrační číslo Škodné události sdělené Pojistitelem v registračním dopise a rovněž číslo Pojistné smlouvy pojištění GAP.

<b>Číslo Pojistné smlouvy</b>		<b>Číslo Pojistné události: (viz Registrační dopis)</b>	
<b>Údaje o Pojištěném</b>		<b>Údaje o Vozidle</b>	
Jméno / Název Pojištěného		Tovární značka	
RČ / IČ Pojištěného		Typ/Verze/Varianta	
Kontaktní osoba (*)		Vlastník (dle Tech. průkazu)	
Telefon		Provozovatel (dle TP)	
E-mail		Způsob financování (hotovost, úvěr, leasing)	
Kontaktní adresa - Ulice		Registrační značka	
Kontaktní adresa - Město		VIN	
Kontaktní adresa - PSČ		Platnost STK	
Jméno uživatele Vozidla v době vzniku PU		Datum pořízení	
Vztah k Pojištěnému (nebyl-li to Pojištěný)		Místo pořízení	
Jak a kdy byl informován Pojištěný		Pořizovací cena	
Počet totálních škod uživatele (poslední 3 roky)		Pořízeno jako nové / ojeté	
Počet totálních škod Pojištěného (posl. 3 roky)		Poslední servis - Datum	
Doplňkové údaje		Poslední servis - Místo	
(*) V případě právnické osoby uveďte celé jméno osoby, která předkládá tento formulář (statutární zástupce nebo osoba pověřená písemnou plnou mocí).		Název pojišťovny, u které je škoda primárně uplatněna	
		Výše spoluúčasti z havar. pojištění (% , min. částka)	
<b>Údaje o vzniku PU</b>			
Datum a čas vzniku PU		Celkový stav km v době vzniku PU	
Místo vzniku PU		Stav vozidla v době vzniku PU (předchozí poškození)	
PU šetřena policií (kontakt, číslo jednací)		K jakému účelu bylo vozidlo používáno (přesný popis)	
Podrobný popis vzniku PU (v případě potřeby přiložte listy přílohy)			
Svědci PU (kontakt / vztah k Pojištěnému)			

Pokračujte, prosím, na ČÁST A—2/2

## Formulář pro hlášení škodné události

ČÁST - A 2/2

<b>Číslo Pojistné smlouvy</b>		<b>Číslo Pojistné události: (viz Registrační dopis)</b>	
<b>Údaje ke škodě na vozidle (havárie/ živel/ ostatní)</b>		<b>Údaje k odcizení vozidla</b>	
Příčina PU (havárie/ živel/ ostatní)		Jak bylo odcizení zjištěno	
Počet spolucestujících ve vozidle		Kdo zjistil odcizení	
Další zúčastněná vozidla (reg. značka, model, ...)		Vztah k pojištěnému	
Další účastníci - jména		Kdy bylo vozidlo naposledy spatřeno (datum a čas)	
Zranění účastníků (kdo, rozsah)		Kdo vozidlo naposledy spatřil	
Zavinění (kdo, uznal-li vinik odpovědnost)		Vztah k pojištěnému	
Znal(a) jste ostatní účastníky před vznikem PU		Kde bylo vozidlo naposledy spatřeno (adresa)	
Potkal(a) jste ostatní účastníky později po PU		Zdůvodnění jiného místa než je adresa pojištěného	
Výsledky testu na alkohol (všech účastníků)		Kdo a kdy naposledy použil vozidlo (jméno/datum/čas)	
Intenzita provozu v době vzniku PU		Vztah k pojištěnému	
Povětrnostní podmínky v době vzniku PU		Zabezpečení vozidla proti odcizení	
Rychlost vozidla před a v okamžiku vzniku PU		Kolik klíčů od vozidla bylo převzato při jeho pořízení	
Vzdálenost mezi vozidly před vznikem PU		Kolik duplikátů klíčů bylo od pořízení vozidla vyrobeno	
Bylo vozidlo po PU pojízdné		Kolik klíčů od vozidla je k dispozici a kde jsou	
Kdo rozhodl o odtahu vozidla		Kde se nacházejí doklady od vozidla (osv. o registraci, ...)	
Kdo a kam odtáhl vozidlo			
Místo uložení vozidla (včetně kontaktu)		Další důležité údaje	

### ZPLNOMOCNĚNÍ A PROHLÁŠENÍ

Já, níže podepsaný Pojištěný, tímto plnou moc společností Colonnade Insurance S.A., organizační složka (dále jen „Colonnade“) a jejímú řádně ustanovenému zástupci pro účely šetření výše uvedeného PU, a to vztahu ke kterémukoliv pojistiteli, oficiálnímu zástupci značky vozidla, prodejci vozidla, opravci vozidla, bance, leasingové společnosti, orgánům státní správy, jiné právnické nebo fyzické osobě a nebo ustanovenému zástupci kterékoli z těchto osob v následujícím rozsahu:

- Požadovat a obdržet informace týkající se šetření výše uvedeného PU, a to i v průběhu šetření, požadovat a obdržet kopie dokumentů týkajících se Primárního pojištění nebo nároků uplatněných podle Primárního či jiného pojištění vozidla;
- Ověřit pořízení, podrobnosti o způsobu používání, záznamy o provozu a servisních kontrolách výše uvedeného vozidla, šetřit a ověřit okolnosti vedoucí ke vzniku PU a vzniku nároku na pojistné plnění;
- Ověřit jakoukoliv výše poskytnutou informaci a prohlášení, včetně práva požadovat dokumenty potvrzující poskytnutou informaci a prohlášení;

Tímto uděluji Colonnade a Primárnímu pojistiteli můj výslovný souhlas s poskytnutím a nebo sdělením informací (včetně mých osobních údajů) týkajících se pojistných smluv Primárního a GAP pojištění a mých příslušných nároků vzniklých v důsledku PU.

Dále prohlašuji, že osoby, jejichž osobní údaje jsem Pojistiteli poskytl, seznámím s Pravidly ochrany osobních údajů Pojistitele, a to nejpozději do 1 měsíce, od poskytnutí těchto údajů.

Dále prohlašuji, že všechny mnou poskytnuté informace na tomto formuláři včetně všech příloh, prohlášení, stanovisek a vyhlášení v souvislosti s uplatňovaným nárokem na pojistné plnění jsou pravdivé a úplné.

### UPOZORNĚNÍ

Vědomé poskytnutí nepravdivých informací či prohlášení při hlášení PU je trestným činem. Colonnade si vyhrazuje právo nahlásit všechny případy pojišťovacích podvodů (včetně pokusů o pojišťovací podvod) příslušným státním orgánům a podniknout všechny právní kroky k náhradě výdajů k uplatnění svých práv včetně náhrady již vyplaceného pojistného plnění.

Datum vyplnění hlášení PU		Podpis Pojištěného (nebo zplnomocněného zástupce)	
---------------------------	--	---	--

Vyplněný a podepsaný formulář zašlete na adresu organizační složky uvedenou výše.