

**ŠKODNÍ UDÁLOST**

Číslo škodní události:  Datum:  Čas:

Místo/Země:

Nehodu šetřila policie v:

Pod č. jednacím:

Nehoda nešetřena policií z důvodu:

Podrobný průběh vzniku škody (v případě nedostatku místa použijte volný list papíru): Jednoduchý náčrtek nehody:

Kdo škodu zavínil?

V jaké míře?

**POJIŠTĚNÝ (DIRECT Pojišťovna, a.s.)**

Jméno a příjmení/Obchodní jméno:

Adresa/Sídlo:

PSČ:

Telefon/Fax:  Mobilní telefon:

Email:

**VOZIDLO, JEHOŽ PROVOZEM BYLA ŠKODA ZPŮSOBENA**

Registrační značka (SPZ):  Tovární značka, typ:

Číslo dokladu o pojištění odpovědnosti (číslo pojistky, číslo zelené karty):

Popis poškození vozidla:

**POŠKOZENÝ**

Jméno a příjmení/Obchodní jméno vlastníka vozidla:

RČ (datum narození)/IČ:

Adresa/Sídlo:

PSČ:

Korespondenční adresa:

Telefon/Fax:  Mobilní telefon:

Email:

Jméno a příjmení/Obchodní jméno držitele vozidla:

RČ (datum narození)/IČ:

Adresa/Sídlo:

PSČ:

Telefon/Fax:  Mobilní telefon:

Email:

**ŘIDIČ VOZIDLA V DOBĚ NEHODY**

Jméno a příjmení/Adresa:

Telefon:

Číslo řidičského průkazu:  Pro skupiny:

Byl řidič vozidla v době nehody pod vlivem alkoholu či jiných návykových látek? ano  ne

## POŠKOZENÉ VOZIDLO

Registrační značka (SPZ):	<input type="text"/>	VIN kód:	<input type="text"/>
Tovární značka:	<input type="text"/>	Typ:	<input type="text"/>
Počet ujetých km:	<input type="text"/>	Rok výroby:	<input type="text"/>
Popis poškození vozidla:	<input type="text"/>		
Popis předchozího poškození vozidla:	<input type="text"/>		
Kde je možné vozidlo prohlédnout:	<input type="text"/>		
Je vozidlo havarijně pojištěno?	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		
Název a adresa pojistitele:	<input type="text"/>		

## ÚDAJE O POJISTNÉM PLNĚNÍ

Pojistné plnění žádám poukázat na:	účet <input type="checkbox"/> adresu <input type="checkbox"/>		
Číslo účtu:	<input type="text"/>	Název banky:	<input type="text"/>
Název účtu:	<input type="text"/>	Variabilní symbol:	<input type="text"/>
Adresa, na kterou má být zaslána poštovní poukázka:	<input type="text"/>		

## Prohlášení

Jsem plátcem DPH?	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		
Je vozidlo vykazováno v účetnictví?	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		
Jsem vlastníkem poškozeného vozidla?	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		
Je poškozené vozidlo předmětem leasingové nebo úvěrové smlouvy?	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		
Název a adresa leasingové nebo úvěrové společnosti:	<input type="text"/>		
Číslo leasingové nebo úvěrové smlouvy:	<input type="text"/>		
Uplatňujete nárok z jiného pojištění?	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		
Jsem k viníkovi nehody manžel/ka nebo osoba žijící ve společné domácnosti?	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		

## Zraněné osoby

Jméno a příjmení/Adresa:	<input type="text"/>		
Datum narození:	<input type="text"/>	Telefon:	<input type="text"/>
Mobilní telefon:	<input type="text"/>	Email:	<input type="text"/>
Byly tyto osoby připoutány bezpečnostními pásy?	ano <input type="checkbox"/> ne <input type="checkbox"/>		
Hospitalizace, kde:	<input type="text"/>		
Usmrcené osoby:	<input type="text"/>		

## Škoda na majetku

Přesný popis poškození věci:	<input type="text"/>		
Poškozený majetek je možné prohlédnout na adrese:	<input type="text"/>		
Datum pořízení (stáří) věci:	<input type="text"/>	Požizovací cena:	<input type="text"/>
Vlastník poškozené věci (jméno, adresa, telefon):	<input type="text"/>		
Pojistitel poškozené věci (je-li pojištěna):	<input type="text"/>		
Jiná škoda:	<input type="text"/>		

## Další účastníci nehody

Jméno a příjmení/Adresa:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>		

## Svědci nehody

Jméno a příjmení/Adresa:	<input type="text"/>		
Telefon:	<input type="text"/>		

Jsem si vědom/a své povinnosti dle § 415 občanského zákoníku minimalizovat škody již nastalé a zabránit vzniku škod dalších. V souvislosti s výše uvedenou škodní událostí 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 dle § 415 občanského zákoníku příslušnou částku vydat jako bezdůvodné obohacení. Výslovně zmocňuji všechny lékaře a nemocniční zařízení ve smyslu zákona o ochraně dat k tomu, aby poskytovali společnosti DIRECT Pojišťovna, a.s. informace a podklady potřebné k přezkoumání nároku na náhradu škody a zprášuji je tímto jejich závazku mlčenlivosti. Zmocňuji společnost DIRECT Pojišťovna, a.s. aby ve všech řízeních probíhajících v souvislosti s touto škodní událostí mohla nahlížet do soudních, policejních, případně jiných úředních spisů, zhotovovat z nich výpisy a vyžadovat dokumentaci od jiných pojišťovatelů včetně informací o výši výplat pojistných plnění. Prohlašuji, že veškeré údaje obsažené v tomto prohlášení jsem uvedl/a pravdivě 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 o zdravotním stavu byly zpracovávány správcem, tj. společností DIRECT Pojišťovna, a.s., Jankovcova 1566/2b, 170 00 Praha 7, Česká republika a jejími smluvními zpracovateli splňujícími podmínky zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákonem 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. Prohlašuji, že jsem byl/a ve smyslu § 11 zákona č. 101/2000 Sb. informován/a o svých právech a o povinnostech správce, zejména o právu přístupu k osobním údajům, jakož i o dalších právech dle § 21 tohoto zákona. Tento souhlas je neodvolatelný. Zavazuji se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních údajů. Dále souhlasím s tím, abych byl/a v záležitosti nabídky pojišťovacích a souvisejících finančních služeb a jiných obchodních sdělení pojistitele kontaktován/a na mou uváděnou korespondenční adresu nebo kontaktní spojení.

Podpis poškozeného (u firem razítko):

V:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dne:	<input type="text"/>	<input type="text"/>