

## DOTAZNÍK PRO POŠKOZENÉHO

### Pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla

Poškozený tímto podle ustanovení § 9, odst. 1 zákona č. 168/1999 Sb., o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla, uplatňuje nárok na plnění podle § 6 zákona č. 168/1999 Sb. u výše uvedeného pojistitele. Nárok na plnění je uplatňován ze škodné události, jejíž účastníky, průběh a okolnosti uvádí poškozený následovně:

<b>Číslo dokladu o pojištění škodícího vozidla</b>	
--	--

#### 1. Datum a místo nehody

Datum (den, měsíc, rok, čas)	Místo nehody (obec, kraj, stát)
------------------------------	---------------------------------

#### 2. Pojištěný (provozovatel vozidla, jehož provozem byla škoda způsobena)

Rodné číslo/IČ:	Příjmení/název firmy:	Jméno:	Titul:
Adresa – ulice (místo).č.:		Obec –dodací pošta:	PSC
Telefon domů:	Telefon do zaměstnání:	FAX:	

#### 3. Vlastník vozidla, jehož provozem byla škoda způsobena <sup>1)</sup>

Rodné číslo/IČ:	Příjmení/název firmy:	Jméno:	Titul:
Adresa – ulice (místo).č.:		Obec –dodací pošta:	PSC
Telefon domů:	Telefon do zaměstnání:	FAX:	

#### 4. Řidič vozidla v době nehody

Rodné číslo/IČ:	Příjmení/název firmy:	Jméno:	Titul:
Adresa – ulice (místo).č.:		Obec –dodací pošta:	PSC
Číslo řidičského průkazu/skupina:	Telefon domů:	Telefon do zaměstnání:	FAX:

#### 5. Vozidlo, jehož provozem byla škoda způsobena <sup>2)</sup>

Registrační značka (SPZ):	Tovární značka, typ:	VIN (výrobní číslo, event. číslo karoserie/rámu):
Registrační značka (SPZ):	Tovární značka, typ:	VIN (výrobní číslo, event. číslo karoserie/rámu):

#### 6. Poškozený

Rodné číslo/IČ:	Příjmení/název firmy:	Jméno:	Titul:
Adresa – ulice (místo).č.:		Obec –dodací pošta:	PSC
Telefon domů:	Telefon do zaměstnání:	FAX:	
Poškozený je osobou přepravovanou ve škodícím vozidle: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Vztah k pojištěnému (manžel/manželka): ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Osoba žijící v době škod. události s pojištěným ve společné domácnosti: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Plátce DPH: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
Plnění poslat : Na adresu <input type="checkbox"/> Na účet <input type="checkbox"/>	Číslo bankovního účtu:	Kód banky:	Specifický symbol:

#### 4. Řidič poškozeného vozidla v době nehody

Rodné číslo/IČ:	Příjmení/název firmy:	Jméno:	Titul:
Adresa – ulice (místo).č.:		Obec –dodací pošta:	PSC
Číslo řidičského průkazu/skupina:	Telefon domů:	Telefon do zaměstnání:	FAX:

1) Vyplňte, jen liší-li se od pojištěného  
 2) Jedná-li se o jízdní soupravu, uveďte údaje k oběma vozidlům

3) Další event. údaje uveďte v příloze  
 4) Při úmrtí uveďte pozůstalé osoby a jejich nároky

5) Není-li údaj znám, nevyplňujte  
 6) Uveďte i identifikační údaje právního zástupce poškozeného

## 8. Vlastník poškozeného vozidla (není-li totožný s poškozeným)

Rodné číslo/IČ:	Příjmení/název firmy:	Jméno:	Titul:
Adresa – ulice (místo):		Obec – dodací pošta:	PSC:
Telefon domů:	Telefon do zaměstnání:	FAX:	Plátce DPH: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>

## 9. Poškozené vozidlo

Registr. značka (SPZ):	Tovární značka, typ:	VIN (výrobní číslo, event. číslo karoserie/rámu):	Rok výroby:
Zástanví právo: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Vinkulace: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Finanční leasing: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	U jaké leasingové společnosti: Číslo leasingové smlouvy:
Uplatnili jste, nebo uplatníte nárok na plnění z havarijního pojištění: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	U kterého pojistitele je sjednáno havarijní pojištění:	Číslo havarijní pojistné smlouvy:	
Číslo poj. smlouvy pojištění odpovědnosti:	U kterého pojistitele je sjednáno pojištění odpovědnosti:		
Vozidlo vykazováno v účetnictví vlastníka: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Způsob likvidace: dle faktury za opravu <input type="checkbox"/> rozpočtem nákladů <input type="checkbox"/>	Kde a kdy je možné poškozené vozidlo prohlédnout:	
Rozsah poškození vozidla:	Stav tachometru:		

## 10. Popis nehody

Podrobný popis nehody (při nedostatku místa uveďte v označené příloze)	
--	--

## 11. Šetření nehody

Šetřeno policií: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Adresa policie, příp. č.j.:	Důvod nehlášení policií:
Byl u řidiče vozidla, jehož provozem byla škoda způsobena, zjištěn: Alkohol ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/> vliv jiných návykových látek ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Probíhá soudní řízení nebo řízení před jiným orgánem? ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	

## 12. Svědci nehody<sup>3)</sup>

Příjmení, jméno:	Adresa:	Telefon:
Příjmení, jméno:	Adresa:	Telefon:

## 13. Vzniklá škoda<sup>3)</sup>

a) škoda na zdraví nebo usmrcením (rozsah a výše): <sup>4)</sup>
b) věcná škoda kromě škody na vozidle (nutno uvést vlastníka věci):
c) účelně vynaložené náklady s právním zastoupením: <sup>6)</sup>

## 14. Nároky poškozeného<sup>3)</sup>

Poškozený uplatnil nárok na náhradu škody i u pojištěného: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>	Poškozený uplatnil nárok na náhradu škody i u jiného pojistitele: ANO <input type="checkbox"/> NE <input type="checkbox"/>
--	---

Poškozený prohlašuje, že si je vědom své povinnosti prokázat pojistiteli rozsah a výši škody, jež mu vznikla škodnou událostí a na její náhradu uplatňuje nárok na plnění. Stejně tak si je vědom toho, že rozhodne-li se uplatnit i případný další, zde neuvedený, oprávněný nárok na plnění vůči pojistiteli, musí být rovněž hodnověrně uplatněn a prokázán co do rozsahu i výše. Poškozený dává souhlas pojistiteli, aby podle zákona č. 101/2000 Sb. shromažďoval, zpracovával a uchovával osobní údaje poškozeného a citlivé údaje týkající se jeho zdravotního stavu po dobu nutnou k zajištění výkonu práv a povinností plynoucích z pojistné smlouvy s pojištěným na pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla, dále aby pojistitel předával tyto údaje ostatním subjektům podnikajícím v pojišťovnictví, jakož i sdružením takových subjektů, příp. do jiných států, bude-li to potřebné pro zajištění výkonu práv a povinností plynoucích z pojistné smlouvy s pojištěným.

V ..... dne .....

podpis poškozeného (razítko)

Vyplní pojišťovna

Datum oznámení škodné události:	Předané přílohy:	Jméno a podpis přebírajícího pracovníka pojišťovny:
---------------------------------	------------------	---