



**Škoda na věci**

Přesný popis poškození věci, datum pořízení a pořizovací cena věci (umožněte pojišťovně provedení prohlídky):

vlastník věci - jméno, adresa

PSČ



Je-li poškozená věc pojištěna, uveďte název a adresu pojistitele:

Jiná škoda:

**Zraněné osoby**

jméno, adresa

PSČ

hospitalizace, kde

**Usmrčené osoby**

jméno, adresa

PSČ

**Další účastníci nehody**

jméno, adresa, registrační značka (SPZ)

**Svědci**

jméno, adresa

**Bankovní spojení poškozeného**

číslo účtu

název účtu

kód banky

variabilní symbol

specifický symbol

název a adresa banky

**Prohlášení** Jsem nejsem

k viníkovi nehody manžel / manželka nebo osoba žijící ve společné domácnosti.

 Jsem nejsem

vlastníkem poškozeného vozidla.

 Jsem nejsem

plátcem DPH.

Poškozené vozidlo  je  není\* předmětem leasingové nebo jiné úvěrové smlouvy či zástavního práva.

Název a adresa leasingové, úvěrové společnosti nebo zástavního věřitele, číslo leasingové smlouvy:

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 podle § 451 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 Generali Pojišťovna a.s. informace a podklady potřebné k přezkoumání nároku na náhradu škody a zprošťuji je tímto jejich závazku mlčenlivosti. Zmocňuji společnost Generali 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 vč. informace 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 a údaje o zdravotním stavu byly zpracovávány správcem Generali Pojišťovna a.s., Bělehradská 132, 120 84 Praha 2 a jejími smluvními zpracovateli splňujícími podmínky zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů pro účely pojišťovací činnosti a dalších činností vymezených zákona 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 Group a jeho zajišťovacími partnerům v souladu s právními předpisy pro účely a dobu, uvedenou v předchozím odstavci. Prohlašuji, že jsem byl ve smyslu § 11 zákona č. 101/2000 Sb. informován 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. Zavazují se, že bez zbytečného odkladu nahlásím jakoukoliv změnu zpracovávaných osobních údajů.

\*nehodící se škrtněte

Pokud Vám v příslušných kolonkách nepostačuje místo, pokračujte na volném listu papíru.

vlasnoruční podpis poškozeného / otisk razítka

datum

místo