



**OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI  
Z CESTOVNÉHO POISTENIA – ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU**  
vyplní poistený

**A. POISTENÝ**

MENO A PRIEZVISKO POISTENÉHO (NÁZOV FIRMY):	ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY:
ADRESA POISTENÉHO (SÍDLO FIRMY)	TELEFÓN:
	E-MAIL:
IČO, RODNÉ ČÍSLO:	NÁZOV CESTOVNEJ KANCELÁRIE:

**B. POŠKODENÝ**

MENO A PRIEZVISKO POŠKODENÉHO (NÁZOV FIRMY):	
ADRESA POŠKODENÉHO (SÍDLO FIRMY):	TELEFÓN:
	E-MAIL:
IČO, RODNÉ ČÍSLO:	PLATITEĽ DPH: <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
VZŤAH /PRÍBUZENSKÝ POMER POISTENÉHO K POŠKODENÉMU (AKÝ)?	
ŽIJE POISTENÝ S POŠKODENÝM V SPOLOČNEJ DOMÁCNOSTI?	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
JE POŠKODENÝ SPOLOČNÍKOM POISTENÉHO?	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE

\* V prípade zastúpenia uviesť aj meno a adresu splnomocneného zástupcu

**C. DRUH ŠKODY**

INÁ VECNÁ ŠKODA	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
PRIEZVISKO A MENO VLASTNÍKA VECI:	
ROZSAH POŠKODENIA:	
ŠKODA NA ZDRAVÍ	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
ROZSAH ŠKODY NA ZDRAVÍ:	

**D. ÚDAJE O VZNIKU ŠKODY**

DÁTUM A ČAS VZNIKU ŠKODY:	MIESTO VZNIKU ŠKODY:
PODROBNÝ POPIS VZNIKU ŠKODY:	

