

Oznámenie škody na stroji, strojnom zariadení a na elektronickom zariadení



Generali Slovensko poisťovňa, a. s., Plynárenská 7/C, 824 79 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35 709 332, IČ DPH: SK2021000487, DIČO: 2021000487, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č.: 1325/B. Spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v Talianskom zozname skupín poisťovní vedenom ISVAP pod č. 26.

Za Generali Slovensko prevzal dňa:

meno a priezvisko, podpis a pečiatka:

Číslo poisťnej zmluvy																				
RČ / IČO poisteného																				

--

Poistený:

Meno a priezvisko / obchodné meno																									
Ulica a č. p.													Mesto												
Telefón:													PSČ												
E-mail:													Fax:												
Ste platiteľom DPH?	<input type="checkbox"/>	ÁNO	<input type="checkbox"/>	NIE	Číslo účtu																				

Údaje o poistenom zariadení

Názov:	Výrobca/typové označenie:	
Výrobné číslo:.....	Rok výroby:.....	Je stroj v záruke: <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Počet normohodín / motohodín:	Zvláštna/doplnková výbava:	
Bola vykonaná generálna oprava? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	Ak áno kedy a kým:	

ZÁKLADNÉ ÚDAJE O ŠKODE:

Predpokladaná výška škody		Dátum vzniku		Hodina vzniku	
---------------------------	--	--------------	--	---------------	--

Miesto, kde došlo ku škode a jeho popis:

--

Popis škodovej udalosti (ako ku škode došlo, príčina vzniku škody):

--

Podrobný popis rozsahu poškodenia (časti stroja, dielu a súčasti stroja, ktoré boli poškodené):

--

Bola škoda hlásená polícii, IBP ? Uveďte mesto, ulicu a č. spisu	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	Dátum hlásenia: Adresa:
Zasahoval v mieste škody hasičský záchranný zbor?	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	Dátum hlásenia: Adresa:
Zabezpečili ste fotodokumentáciu postihnutých vecí po vzniku škody ?		<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Bola škoda zavinená konkrétnou osobou? Ak áno, uveďte jej meno, priezvisko a adresu, resp. obchodné meno a sídlo		<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Ste pre prípad tejto škody poistený aj j u iného poisťovateľa? Ak áno, uveďte názov a číslo poisťnej zmluvy.		<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Zabezpečili ste fotodokumentáciu postihnutých vecí?		<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE

Postihnutou vecou sa rozumie vec, ktorá bola poškodená, zničená alebo odcudzená.

Bola vykonaná obhliadka miesta škody	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
--------------------------------------	------------------------------	------------------------------

Poistený vyhlasuje, že na otázky odpovedal úplne a pravdivo. Tiež vyhlasuje, že si neuplatnil a neuplatní nárok na plnenie z iného druhu poistenia ani u inej poisťovne. Poistený vyhlasuje, že súhlasí v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov so spracúvaním, poskytnutím, sprístupnením, cezhraničným tokom svojich osobných údajov v poskytnutom rozsahu a za účelom výkonu činností, ktoré sú predmetom podnikania Generali Slovensko poisťovne, a. s., ako aj iným subjektom patriacim do skupiny Slovenskej asociácie poisťovní, Slovenskej kancelárie poisťovateľov, ako aj zmluvným partnerom a iným oprávneným subjektom, a to i mimo územia Slovenskej republiky v súvislosti s uplatnením práv a povinností vyplývajúcich z poistného vzťahu. Krajinou cezhraničného toku je Česká republika, ako aj iné štáty v súvislosti s uplatnením práv a povinností vyplývajúcich z poistného vzťahu. V zmysle § 7 ods. 5 cit. zákona podpísaný vyhlasuje, že osobné údaje o iných osobách uviedol na tomto tlačíve s ich súhlasom a súčasne vyhlasuje, že bol oboznámený so skutočnosťami vyplývajúcimi z §10 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení.

Vdňa.....

.....

**ZÁPIS O ŠETRENÍ POISTNEJ UDALOSTI NA STROJI A ZARIADENÍ UVEDENOM NA
PRVEJ STRANE TOHTO TLAČIVA**

Spísané dňa v za prítomnosti podpísaných
prejednané s (meno a funkcia)

Za poisťiteľa

číslo a podpis likvidátora

.....

pečiatka a podpis zástupcu poisteného