

PU č.: 

z pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla podle zákona č. 168/1999 Sb., § 9 odst. 1.

**DATUM A MÍSTO NEHODY:**

Datum:	Čas:
Místo nehody:	
Okres:	Stát:

**ŠETŘENO POLICÍ:**

<input type="checkbox"/> Ano <input type="checkbox"/> Ne
Adresa:
Sídlo firmy:
Číslo jednací:

**SVĚDCI NEHODY:**

Jméno:	Telefon:
Adresa:	

**POJIŠTĚNÝ /VINÍK – JEHOŽ VOZIDLEM BYLA ŠKODA ZPŮSOBENA:**

Číslo dokladu o pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou z provozu vozidel:	
Jméno a příjmení (držitel, obchodní jméno):	Telefon:
Adresa:	PSČ:
SPZ:	Tovární značka:
rozsah poškození (vozidla viníka):	

**POŠKOZENÝ:**

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	Telefon:
Adresa:	PSČ:	

**ŘIDIČ POŠKOZENÉHO VOZIDLA:**

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	Telefon:
Číslo ŘP:	Skupina:	
Adresa:	PSČ:	
Email:		

**ŠKODA NA ZDRAVÍ:**

Jméno a příjmení:	Rodné číslo:	Telefon:
Adresa:	PSČ:	
Adresa zdravotnického zařízení:		
Uplatníte odškodnění jako pracovní úraz (správnou odpověď označte křížkem):	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne
Vznikla ztráta na výdělku (správnou odpověď označte křížkem):	<input type="checkbox"/> Ano	<input type="checkbox"/> Ne

**JAKÁ DALŠÍ ŠKODA VZNIKLA A V JAKÉ VÝŠI:**

--

**NÁHRADU ŠKODY POŽADUJI POUKÁZAT NA:**

Svoji adresu:	PSČ:
Název města (obce):	
Číslo účtu:	Kód banky:
Název banky:	
Jméno majitele účtu:	

Prohlašuji a svým podpisem potvrzuji:

- a) údaje v tomto oznámení jsou pravdivé  
b) souhlasím s poskytnutím informací týkajících se výše uvedené nehody České kanceláři pojistitelů  
c) souhlasím, aby byla ošetřujícími lékaři na žádost ČPP a.s. vydána lékařská zpráva nebo posudek o mém zdravotním stavu a o jeho změně související s následky poškození na zdraví.

V  dne 

------------------

Podpis poškozeného