UNIQA pojišťovna, a.s.
Zapsána u Městského soudu v Praze,
oddíl B, č. vložky 2012.
Bělohorská 19, 160 12 Praha 6
IČ: 49240480

Přerušení provozu

Oznámení o škodě

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Pojistník

Příjmení | Jméno

Titul | IČ / Rodné číslo | Telefon (8 - 17 hodin)

Ulice

Č.p. | PSČ | Obec

Osoba odpovědná za provoz

Příjmení | Jméno

Titul | Rodné číslo | Telefon (8 - 17 hodin)

Ulice

Č.p. | PSČ | Obec

Všeobecné údaje

Doba přerušení pojištěného provozu

plné přerušení od 20 do 20

částečné přerušení od 20 do 20

Uveďte podrobně z jakého důvodu došlo k přerušení

V případě nemoci nebo úrazu uveďte

diagnózu slovy | kód dle MKM-10

Přesná adresa míst nebo místa pojištění, kde došlo k přerušení

1.

2.

3.

Spolupracující osoby

zdravotní personál	ANO		NE		počet
administr. personál (účetní a pod.)	ANO		NE		počet
pomocný personál (uklízečka a pod.)	ANO		NE		počet
další lékaři	ANO		NE		počet
další právníci	ANO		NE		počet
jiné osoby, které jsou uváděny v daň. přiznání, příloha č. 1, odst. F, G, H	ANO		NE		počet

V případě částečného přerušení uveďte:

Počet pracovních hodin týdně při plném provozu

Počet pracovních hodin týdně při částečném provozu

UNIQA pojišťovna, a.s.
Zapsána u Městského soudu v Praze,
oddíl B, č. vložky 2012.
Bělohorská 19, 160 12 Praha 6
IČ: 49240480

Přerušení provozu

Oznámení o škodě

Vyplňte číslo pojistné smlouvy

Ošetřující lékař
(vyplňte v případě nemoci nebo úrazu)

Jméno a adresa:

Daňový poradce

Jméno a adresa:

Pojistné plnění vyplaťte ve prospěch

Jméno, příjmení, titul:

Adresa vč. PSČ

kód banky | č. účtu | spec. symbol

majitel účtu

Výši škody dokládám:

- ☐ kopií pracovních smluv všech zaměstnanců s uvedením výše platu
- ☐ kopií nájemní smlouvy s uvedením výše nájmu
- ☐ kopií daňového přiznání za předcházející období s ověřením FÚ vč. daňového přiznání spolupracující osoby
- ☐ kopií úvěrové smlouvy nebo leasingové smlouvy vč. splátkového kalendáře na předměty související s provozem
- ☐ kopií peněžního deníku za 3 měsíce předcházející přerušení provozu
- ☐ doklad o pracovní neschopnosti

Prohlášení:

Pojistník/osoba odpovědná za provoz souhlasí, aby si pojistitel vyžádal veškerou dokumentaci o mém zdravotním stavu a průběhu léčení pro potřeby šetření škodné události a zprošťuji lékaře slibu mlčenlivosti.
Pojistník/osoba odpovědná za provoz umožní pojistiteli prohlídku místa pojištění a na požádání pojistitele předloží k nahlédnutí příslušnou technickou, účetní a jinou obdobnou dokumentaci a zároveň zmocňuje pojistitele k jednání se svým daňovým poradcem nebo jinými potřebnými institucemi a zprošťuje je mlčenlivosti.
Pojistník/osoba odpovědná za provoz souhlasí, aby si pojistitel vyžádal potřebné podklady u policie, správní orgánů a jiných pojišťoven pro potřeby šetření škodné události.
Podpisem potvrzuji, že jsem všechny dotazy odpověděl/a úplně a pravdivě a jsem si vědom/a důsledků hrubě zkreslených nebo neúplných odpovědí na povinnost pojistitele plnit.
Prohlašuji, že souhlasím, aby pojistitel zpracovával mé osobní údaje ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

V | dne | Podpis pojistníka | Podpis osoby odpovědné za provoz