

Číslo poisťnej zmluvy

Nevpisujte text - miesto pre podateľňu

Nevpisujte text - miesto pre čiarový kód

ČÍSLO POISŤNEJ UDALOSTI

OSŤNÁMENIE POŠKODENÉHO O POISŤNEJ UDALOSTI

02/2016 542

POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU SPÔSOBENÚ PREVÁDZKOU MOTOROVÉHO VOZIDLA

1 Dátum a miesto nehody

Dátum vzniku nehody (deň, mesiac, rok):	Čas:	Dátum hlásenia vzniku nehody:
Miesto nehody (ulica, č. domu, obec, štát):		

2 Popis nehody

Podrobný popis nehody:	Situačný plánik miesta nehody:

 Disponujete fotodokumentáciou miesta nehody, resp. vozidiel zúčastnených na nehode? áno nie Ak áno, priložte ju k oznámeniu.

3 Poškodený / Nahlasovateľ

Meno a priezvisko / obchodné meno:	Ste platcom DPH? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Ulica:	Mesto:	PSČ:
Rodné číslo / IČO:*	Tel. / Fax / e-mail:	
Kontaktná osoba (meno, priezvisko, tel.):		
Držiteľ / vodič / spolujazdec* vo vozidle EČV:	MPZ:	
Bankové spojenie (kód banky, číslo účtu, variabilný symbol, IBAN):		

4 Poškodený – zranený

Meno, priezvisko:		
Ulica:	Mesto:	PSČ:
Rodné číslo / Dátum narodenia:*	Kontaktná osoba:	
Vlastník / vodič / spolujazdec* vo vozidle EČV:	MPZ:	
Tel. / Fax / e-mail:	Pripútaný bezpečnostným pásom? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Bankové spojenie (kód banky, číslo účtu, IBAN):		

Právny vzťah k poistenému Manžel/ka? ÁNO NIE Osoba s ním žijúca v čase poisťnej udalosti v domácnosti: ÁNO NIE
5 Vozidlo ktoré bolo poškodené

EČV:	Značka a typ:	Farba:	
Rok výroby:	Dátum pridelenia 1. EČV:	Počet najazdených km:	VIN:
Ide o vozidlo na leasing? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Ide o operatívny leasing? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Je vozidlo vo Vašom výlučnom vlastníctve? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

Vlastník / spoluvlastník vozidla*

Meno, priezvisko:	Tel. / Fax / e-mail:	
Ulica:	Mesto:	PSČ:
Je vozidlo používané na podnikateľské účely? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Rodné číslo / IČO:*	
Je vozidlo havarijne poistené? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Číslo havarijnej zmluvy a Názov poisťovne havar. poistenia	
Bolo vozidlo obhliadnuté? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Ak áno, kým?	
Uplatnili ste si, alebo si budete uplatňovať nárok na náhradu škody z havar. poistenia? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
Likvidáciu poisťnej udalosti žiadam:	<input type="checkbox"/> na základe predložených účtov <input type="checkbox"/> rozpočtom na základe obhliadky <input type="checkbox"/> na základe čiastočných účtov	
Rozsah poškodenia vozidla:		

6 Vodič vozidla, prevádzkou ktorého bola škoda spôsobená

Meno, priezvisko, adresa	Dátum narodenia / Rodné číslo:
--------------------------	--------------------------------

 PZP = povinné zmluvné poistenie vozidla
 MPZ = medzinárodná poznávacía značka
 EČV = evidenčné číslo vozidla
 * Nehodiace sa prečiarknite. Vysvetlivky:

7 Poistník (držiteľ vozidla), ktorým bola škoda spôsobená

Meno, priezvisko / Obchodné meno * ,adresa:	Tel. / Fax / e-mail:
Názov poisťovne PZP:	Číslo poisťnej zmluvy:

8 Vozidlo, prevádzkou ktorého bola škoda spôsobená

EČV:	Značka a typ:	Farba:
Rozsah poškodenia vozidla:		

9 Svedkovia nehody

Meno, priezvisko:	Dátum narodenia/ Rodné číslo:
Adresa:	Tel. / FAX / e-mail:

10 Polícajn šetrenie nehody

Je nehoda šetrená políciou? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Adresa polície vykonávajúcej šetrenie, číslo konania:
Bol políciou spísaný záznam o nehode? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Vykonala polícia fotodokumentáciu? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Prebieha súdne konanie pred iným orgánom? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Ak áno, kde a pod akým číslom konania

11 Ďalšie vozidlá zúčastnené na nehode

EČV	Vlastník	Adresa	Tel. / Fax / E-mail

12 Obhliadka / oprava vozidla (Telefonický kontakt na vykonanie obhliadky 02/33 068 805)

Ak je vozidlo už opravené, uveďte dôvod opravy pred obhliadkou:	
Odporúča poisťovňa opravu? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Bude vozidlo opravované v servise? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
Boli predchádzajúce poškodenia odstránené pred nehodou? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Bolo vozidlo poškodené už pred nehodou? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

13 Ďalší majetok, ktorý bol poškodený

Poškodená vec	Majiteľ / spolumajiteľ (meno, priezvisko, adresa)*	Nadobúdacia cena	Dátum nadobudnutia

Je niektorá z poškodených vecí poistená? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Uplatnili ste si alebo si budete uplatňovať nárok na náhradu škody z tohto poistenia majetku? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Poškodená poistená vec</th> <th>Názov poisťovne</th> <th>Číslo poisťnej zmluvy</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Poškodená poistená vec	Názov poisťovne	Číslo poisťnej zmluvy		
Poškodená poistená vec	Názov poisťovne	Číslo poisťnej zmluvy				

Kedy a kde je možné poškodené veci obhliadnuť (kontaktná osoba, tel.):			Bola vec poškodená už pred nehodou? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
Poškodená vec	Je už vec opravená? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Bude poškodená vec opravovaná? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

14 Náhrada škody

Uplatnili ste si náhradu škody? a) u poisteného ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	V akej výške:
	b) na súde ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
	Adresa súdu:
	c) u iného poisťovateľa ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
	Adresa poisťovne:

Týmto splnomocňujem podľa § 53 a § 54 Tr. poriadku (§ 17 Spr. poriadku) zamestnancov Wüstenrot poisťovne, a.s., aby v zmysle § 69 Tr. poriadku (§ 23 Spr. poriadku) nahliadali pre potreby likvidácie vyššie uvedenej škody do vyšetrovacieho spisu (spisu dopravnej nehody) PZ SR, vykonali z neho výpisky a zabezpečovali si na vlastné náklady kópie. Vyhlasujem, že všetky horeuvedené otázky som zodpovedal(a) pravdivo a úplne.

Poškodený poskytuje svojim podpisom na oznámení o škodovej udalosti súhlas poisťovní na spracúvanie osobných údajov uvedených v oznámení o škodovej udalosti a v dokladoch doložených k likvidácii škodovej udalosti na preukázanie práva na poistné plnenie, a to za účelom likvidácie poisťnej udalosti a výplaty poistného plnenia, vrátane poskytovania týchto osobných údajov zmluvnej zaistovní so sídlom v zahraničí za účelom uplatnenia plnení zo zaistenia a ich poskytovania tretím osobám za účelom domáhania sa práv poisťovne. Súhlas poskytuje poškodený na dobu platnosti poisťnej zmluvy, z ktorej sa uplatňuje právo na poistné plnenie a na dobu nevyhnutnú pre výkon práv a povinností stanovených zákonom poisťovní; po uvedenú dobu nie je poškodený oprávnený súhlas účinne odvolať.

Ak poškodený uplatňuje voči poisťovní nárok na náhradu škody na zdraví, poskytuje svojim podpisom na oznámení o škodovej udalosti súhlas lekárom a zdravotníckym zariadeniam na poskytnutie osobných údajov o jeho zdravotnom stave Wüstenrot poisťovní, a.s. vo forme vyhotovenia lekárskej správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičania za účelom likvidácie poisťných udalostí a poskytovania poisťných plnení. Súhlas poskytuje poškodený na dobu platnosti poisťnej zmluvy, z ktorej sa uplatňuje právo na poistné plnenie a na dobu nevyhnutnú pre výkon práv a povinností stanovených zákonom poisťovní; po uvedenú dobu nie je poškodený oprávnený súhlas účinne odvolať.

Ak poškodený uplatňuje voči poisťovní nárok na náhradu škody na zdraví, zbavuje svojim podpisom na oznámení o škodovej udalosti povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poisťovní, a.s. všetkých lekárov, ktorí ho liečili alebo s ktorými konzultoval svoj zdravotný stav.

Ak poškodený uplatňuje voči poisťovní nárok na náhradu škody na zdraví, poskytuje svojim podpisom na oznámení o škodovej udalosti súhlas Wüstenrot poisťovní, a.s. na spracúvanie osobných údajov o jeho zdravotnom stave, ktoré sú uvedené vo vyhotoveniach lekárskej správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, alebo vyplýnu z jej zapožičania a ktorých spracúvanie je nevyhnutné na účely likvidácie poisťných udalostí a poskytovania poisťných plnení. Súhlas poskytuje poškodený na dobu platnosti poisťnej zmluvy, z ktorej sa uplatňuje právo na poistné plnenie a na dobu nevyhnutnú pre výkon práv a povinností stanovených zákonom poisťovní; po uvedenú dobu nie je poškodený oprávnený súhlas účinne odvolať.

V dňa

.....

Podpis (a pečať) poškodeného