

## OZNÁMENIE POISŤNEJ UDALOSTI Z POISTENIA PRÁVNEJ OCHRANY

GDPR 04/2020

### 1. Poistený Fyzická osoba Právnická osoba/ Fyzická osoba podnikateľ

Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno):		Rodné číslo/IČO:
Štátne občianstvo:	Druh a číslo dokladu totožnosti:	
Tel. číslo:	E-mail:	
Adresa trvalého pobytu/sídla (ulica, č. domu):	Obec:	PSČ:

### Osoba oprávnená konať v mene poisteného (napr. konateľ, člen predstavenstva)

Meno, priezvisko, titul:	Pozícia:	Rodné číslo:
--------------------------	----------	--------------

Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.?  áno  nie Ak áno, uveďte v akom postavení:

### Ďalšie údaje o poistenom

Bankové spojenie / Názov banky:	Číslo účtu/IBAN: <input type="text"/>
---------------------------------	---------------------------------------

Ste platiteľom DPH?  áno  nie Ak áno, uveďte IČ pre DPH:

### Kontaktná osoba

Meno, priezvisko, titul:	
E-mail:	Tel. číslo:

### Osoba, ktorá žiada právnu ochranu (ak je odlišná od poisteného)

Meno, priezvisko, titul:	Dátum narodenia:
Miesto trvalého pobytu/sídla (dodacia pošta):	PSČ:
E-mail:	Tel. číslo:
Vzťah k poistenému: <input type="checkbox"/> manžel/manželka <input type="checkbox"/> druh/družka <input type="checkbox"/> dieťa do 26 rokov <input type="checkbox"/> osoba v opatrovateľskej alebo pestúnskej starostlivosti <input type="checkbox"/> zamestnanec	

### Voči komu uplatňuje poistená osoba svoje naroky

Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno):		
Adresa trvalého pobytu/sídla (ulica, č. domu):	Obec:	PSČ:

### Vyplniť iba v prípade sporov týkajúcich sa nehnuteľnosti

Nehuteľnosť, ktorej sa poisťná udalosť týka: <input type="checkbox"/> rodinný dom <input type="checkbox"/> byt <input type="checkbox"/> nebytový priestor <input type="checkbox"/> iná nehnuteľnosť: .....		
Adresa poisťenej nehnuteľnosti (ulica, č. domu):	Obec:	PSČ:

### Vyplniť iba v prípade zmluvného sporu (vrátane sporov z pracovného práva)

Zmluva, ktorá bola porušená (názov zmluvy):	Kedy bola uzatvorená:
Kedy bolaporušená:	Kým bola porušená:

### Vyplniť iba v prípade trestného, priestupkového alebo správneho práva

Vedie sa: <input type="checkbox"/> trestné konanie <input type="checkbox"/> priestupkové konanie <input type="checkbox"/> správne konanie	Proti komu:	Ktorým orgánom:
---	-------------	-----------------

**Vyplniť iba v prípade sporov týkajúcich sa motorového vozidla alebo vodiča (vrátane sporov z havarijného a povinného zmluvného poistenia)**

Motorové vozidlo, ktorého sa poistná udalosť týka (EČV):

VIN číslo:

Meno a priezvisko vodiča motorového vozidla v čase poistnej udalosti:

Bydlisko vodiča motorového vozidla v čase poistnej udalosti:

Meno a priezvisko majiteľa motorového vozidla:

Bydlisko majiteľa motorového vozidla:

Havarijné poistenie poisteného vozidla (poisťovňa):

Číslo zmluvy:

Číslo poistnej udalosti:

Povinné zmluvné poistenie poisteného vozidla (poisťovňa):

Číslo zmluvy:

Číslo poistnej udalosti:

Leasing:  áno  nieŠkoda bola spôsobená prevádzkou iného vozidla:  áno  nie Ak áno, uveďte EČV:

Povinné zmluvné poistenie vozidla, ktoré spôsobilo dopravnú nehodu (poisťovňa):

Číslo zmluvy:

Dátum dopravnej nehody:

Bola nehoda šetrená políciou?  áno  nie

Ktorým orgánom?

**Vyplniť iba v prípade poistných sporov (s výnimkou havarijného a povinného zmluvného poistenia)**

Typ poistenia (úrazové, cestovné a pod.)

Názov poisťovateľa:

Adresa:

Číslo poistnej zmluvy:

Číslo poistnej udalosti:

**Vyplniť vždy**

Popis priebehu poistnej udalosti:

Aké nároky si uplatňujete? Rozsah a druh nárokov (škoda na MV, ušlý zisk, škoda na zdraví, vecná škoda a pod.):

Ak bude v súlade s čl. 9 VPP potrebné poveriť externého právneho zástupcu, ponecháte jeho voľbu na Wüstenrot poisťovňu, a.s.?  áno  nie

Týmto splnomocňujem podľa § 53 a § 54 Tr. poriadku (§ 17 Spr. poriadku) pracovníkov 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, robili z neho výpisky a zabezpečovali si na vlastné náklady kópie.

**UPOZORNENIE:** Wüstenrot poisťovňa, a.s. nie je viazaná záväzkami poisteného, ktoré na seba zobrať bez predchádzajúceho prerokovania s ňou, alebo ak ide o záväzok prevzatý nad rámec stanovený právnymi predpismi. Bez súhlasu Wüstenrot poisťovne, a.s. neuzatvárajte dohodu o spôsobe úhrady škody.

Vyhlasujem, že všetky údaje uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a zároveň splnomocňujem Wüstenrot poisťovňu, a.s., aby za mňa prerokovala náhradu škody s poškodeným a v súlade s právnymi predpismi, poistnými podmienkami a poistnou zmluvou uhradila poškodenému škodu.

Ak poškodený uplatňuje voči poisťovni nárok na náhradu škody na zdraví, poskytuje svojim podpisom na oznámení o škodovej udalosti súhlas Wüstenrot poisťovni, a.s. na spracúvanie osobných údajov o jeho zdravotnom stave, ktoré sú uvedené vo vyhotoveniach lekárskejších správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, alebo vyplývajú z jej zapožičania a ktorých spracúvanie je nevyhnutné na účely likvidácie poistných udalostí a poskytovania poistných plnení, vrátane poskytovania týchto osobných údajov zmluvnej zaistovní so sídlom v zahraničí za účelom uplatnenia plnení zo zaistenia a ich poskytovania alebo sprístupňovania tretím osobám za účelom získavania znaleckých posudkov alebo odborných stanovísk pre potreby likvidácie poistnej udalosti, za účelom domáhania sa práv poisťovne a za účelom získavania dôkazných prostriedkov pre potreby mimosúdneho alebo súdneho konania, ak je predmetom takejto konania spor o existenciu práva na poistné plnenie alebo jeho výšku (najmä súkromný znalecký posudok podľa § 209 zákona č. 160/2015 Z.z. Civilný sporový poriadok). Súhlas poskytuje poškodený na dobu platnosti poistnej 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.

Svojím podpisom beriem na vedomie, že Wüstenrot poisťovňa, a. s. je oprávnená spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v súvislosti s likvidáciou škodovej (poistnej) udalosti v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady EÚ 2016/697 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, v zmysle zákona č.18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a v zmysle zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve, a že mi boli pred uplatnením nároku na poistné plnenie poskytnuté v súlade s platnou legislatívou všetky potrebné informácie o tom, akým spôsobom sa moje osobné údaje budú spracúvať, a to najmä, že prevádzkovateľom spracúvania osobných údajov je Wüstenrot poisťovňa, a.s., so sídlom Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, účelom spracúvania je likvidácia poistnej udalosti (vysporiadanie nárokov poškodeného z poistenia). Všetky ďalšie a komplexné informácie o ochrane osobných údajov sú k dispozícii na každom obchodnom zastúpení poisťovne a na webovom sídle (stránke) poisťovne [www.wuestenrot.sk](http://www.wuestenrot.sk) v časti Ochrana osobných údajov. Potvrďujem, že svoje osobné údaje som poskytol dobrovoľne, bez nátlaku a že uvedené osobné údaje sú pravdivé, správne a aktuálne.

Prílohy .....

Poistený svojím podpisom prehlasuje, že všetky údaje uviedol úplne a pravdivo.

V .....

dňa .....

Podpis (a pečiatka) poisteného