

Číslo poisťnej zmluvy

Nevpisujte text - miesto pre podateľňu

Nevpisujte text - miesto pre čiarový kód

ČÍSLO POISTNEJ UDALOSTI

**OZNÁMENIE POŠKODENÉHO O POISTNEJ UDALOSTI**

GDPR 02/2020 542

**POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU SPÔSOBENÚ PREVÁDZKOU MOTOROVÉHO VOZIDLA****1. Dátum a miesto nehody**

Dátum vzniku nehody:	Čas:	Dátum hlásenia vzniku nehody:
Miesto nehody (ulica, č. domu):	Obec:	PSČ:
Štát:		

**2. Popis nehody**

Podrobný popis nehody:	Situačný náčrt miesta nehody:
------------------------	-------------------------------

Disponujete fotodokumentáciou miesta nehody, resp. vozidiel zúčastnených na nehode?  áno  nie Ak áno, priložte ju k oznámeniu.**3. Poškodený/Nahlasovateľ**

Meno, priezvisko, titul/ Obchodné meno:	Rodné číslo/IČO:
Adresa/sídlo (ulica, č. domu):	Obec: PSČ:
Tel. číslo:	E-mail:
Je poškodený platiteľom DPH? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Kontaktná osoba (meno, priezvisko, tel.):
<input type="checkbox"/> Držiteľ <input type="checkbox"/> vodič <input type="checkbox"/> spolujazdec vo vozidle EČV:	MPZ:
Bankové spojenie: IBAN <input type="text"/>	Variabilný symbol:

**4. Poškodený – zranený  držiteľ  vodič  spolujazdec**

Meno, priezvisko, titul:	Rodné číslo/ Dátum narodenia:
Adresa (ulica, č. domu):	Obec: PSČ:
Tel. číslo:	E-mail:
Pripútaný bezpečnostným pásom? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Kontaktná osoba (meno, priezvisko, tel.):
Vo vozidle EČV:	MPZ:
Bankové spojenie: IBAN <input type="text"/>	Variabilný symbol:

Právny vzťah k poistenému Manžel/ka  áno  nie Osoba žijúca s ním v čase poisťnej udalosti v spoločnej domácnosti  áno  nie**5. Vozidlo ktoré bolo poškodené**

Továrenská značka, typ:	VIN (výrobné číslo karosérie alebo podvozku):	EČV:
Dátum pridelenia 1. EČV:	Rok výroby:	Počet najazdených km:
Farba:		
Ide o vozidlo na leasing? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ide o operatívny leasing? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Je vozidlo vo Vašom výlučnom vlastníctve? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

**vlastník**  **spoluvlastník vozidla**

Meno, priezvisko, titul/ Obchodné meno:		Rodné číslo/IČO:
Adresa/sídlo (ulica, č. domu):	Obec:	PSČ:
Tel. číslo:	E-mail:	

Je vozidlo používané na podnikateľské účely?  áno  nie

Je vozidlo havarijne poistené?  áno  nie

Ak áno, kým? (číslo havarijnej zmluvy a Názov poisťovne havar. poistenia):

Bolo vozidlo obhliadnuté?  áno  nie Uplatnili ste si, alebo si budete uplatňovať nárok na náhradu škody z havar. poistenia?  áno  nie

Likvidáciu poistnej udalosti žiadam:  na základe predložených účtov  rozpočtom na základe obhliadky  na základe čiastočných účtov

Rozsah poškodenia vozidla:

#### 6. Vodič vozidla, prevádzkou ktorého bola škoda spôsobená

Meno, priezvisko, titul/ Obchodné meno:		Dátum narodenia/ Rodné číslo:
Adresa/sídlo (ulica, č. domu):	Obec:	PSČ:

#### 7. Poistník (držiteľ vozidla), ktorým bola škoda spôsobená

Meno, priezvisko, titul/ Obchodné meno:		Dátum narodenia/ Rodné číslo:
Adresa/sídlo (ulica, č. domu):	Obec:	PSČ:
Tel. číslo:	E-mail:	
Názov poisťovne PZP:	Číslo poistnej zmluvy:	

#### 8. Vozidlo, prevádzkou ktorého bola škoda spôsobená

Továrnska značka, typ:	Farba:	EČV:
Rozsah poškodenia vozidla:		

#### 9. Svedkovia nehody

Meno, priezvisko, titul:		Dátum narodenia/ Rodné číslo:
Adresa/sídlo (ulica, č. domu):	Obec:	PSČ:
Tel. číslo:	E-mail:	

#### 10. Polícajný šetrenie nehody

Je nehoda šetrená políciou?  áno  nie

Adresa polície vykonávajúcej šetrenie, číslo konania:

Bol políciou spísaný záznam o nehode?  áno  nie Vykonala polícia fotodokumentáciu?  áno  nie

Prebíha súdne konanie pred iným orgánom?  áno  nie

Ak áno, kde a pod akým číslom konania:

#### 11. Ďalšie vozidlá zúčastnené na nehode

Vlastník, držiteľ (meno, priezvisko, titul/Obchodné meno)	Tel. číslo/e-mail	EČV	Adresa/sídlo

#### 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  nie Bude vozidlo opravované v servise?  áno  nie

Boli predchádzajúce poškodenia odstránené pred nehodou?  áno  nie Bolo vozidlo poškodené už pred nehodou?  áno  nie

**13. Ďalší majetok, ktorý bol poškodený**

Poškodená vec	<input type="checkbox"/> majiteľ <input type="checkbox"/> spolumajiteľ (meno, priezvisko, adresa)	Dátum nadobudnutia

Je niektorá z poškodených vecí poistená?  áno  nie

Poškodená poistená vec	Názov poisťovne	Číslo poisťnej zmluvy

Uplatnili ste si alebo si budete uplatňovať nárok na náhradu škody z tohto poistenia majetku?  áno  nie

Kedy a kde je možné poškodené veci obhliadnuť? (kontaktná osoba, tel. číslo a email):

Poškodená poistená vec:

Je už vec opravená?  áno  nie      Bude poškodená vec opravovaná?  áno  nie      Bola vec poškodená už pred nehodou?  áno  nie

**14. Náhrada škody**

Uplatnili ste si náhradu škody?	a) u poisteného	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	V akej výške:
	b) na súde	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Adresa súdu:
	c) u iného poisťovateľa	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	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 na 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 alebo sprístupňovania tretím osobám za účelom získavania znaleckých posudkov alebo odborných stanovísk pre potreby likvidácie poisťnej udalosti, za účelom domáhania sa práv poistovne a za účelom získavania dôkazných prostriedkov pre potreby mimosúdneho konania alebo súdneho konania, ak je predmetom takéhoto 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 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, dáva svojim podpisom na oznámení o škodovej udalosti Sociálnej poisťovni, zdravotným poisťovniam, lekárom a zdravotníckym zariadeniam súhlas na poskytnutie osobných údajov o jeho zdravotnom stave Wüstenrot poisťovni, a.s. vo forme výpisov z účtu poistenca, vyhotovenia lekárskej správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičania, **rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku a zápisnice Sociálnej poisťovne z posúdenia zdravotného stavu na účely invalidity a Odborného posudku o invalidite** a to za účelom likvidácie poisťných udalostí a poskytovania poisťných plnení. Súhlas poskytuje poškodený na dobu platnosti poisťnej zmluvy, z ktorej sa uplatňuje právo na poistné plnenia 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 poisťovni, 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 poisťovni, 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, 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 poisťnej udalosti, za účelom domáhania sa práv poistovne a za účelom získavania dôkazných prostriedkov pre potreby mimosúdneho alebo súdneho konania, ak je predmetom takéhoto 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 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.

Svojím podpisom beriem na vedomie, že Wüstenrot poisťovňa, a. s. je oprávnená spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v súvislosti s likvidáciou škodovej 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. Potvrďujem, že svoje osobné údaje som poskytol dobrovoľne, bez nátlaku a že uvedené osobné údaje sú pravdivé, správne a aktuálne. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov a právach dotknutej osoby sú uvedené na každom našom obchodnom zastúpení a na [www.wuestenrot.sk](http://www.wuestenrot.sk) v časti Ochrana osobných údajov.

V .....

dňa .....

Podpis (a pečiatka) poškodeného