

Číslo poisťnej zmluvy

Nevpisujte text - miesto pre podateľňu

Nevpisujte text - miesto pre čiarový kód

ČÍSLO POISŤNEJ UDALOSTI

OZNÁMENIE POŠKODENÉHO – ZRANENÉHO**POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU SPÔSOBENÚ PREVÁDZKOU MOTOROVÉHO VOZIDLA**

GDPR 02/2020

1. Dátum a miesto nehody

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

2. Poškodený – zranený

Meno, priezvisko, titul:	Rodné číslo/ Dátum narodenia:			
Adresa (ulica, č. domu):	Obec:	PSČ:		
Tel. číslo:	E-mail:			
Samostatne zárobkovo činná osoba	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Zamestnaný v hlavnom pracovnom pomere	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Zamestnaný na základe dohody o vykonaní práce, resp. inej dohody	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Nezamestnaný	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Študent	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Dôchodca	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Iné (uvedte):				
Meno, priezvisko zákonného zástupcu (ak je poškodený maloletý):				
Adresa (ulica, č. domu):	Obec:	PSČ:		
Tel. číslo:	E-mail:			
Bankové spojenie poškodeného, resp. zákonného zástupcu :	IBAN	<input type="text"/>	BIC	<input type="text"/>

3. Údaje o zranení

Kde Vám bolo poskytnuté ošetrovanie po nehode? (názov a adresa zdravotníckeho zariadenia):

Pri hospitalizácii uveďte dobu liečenia a adresu nemocnice:

Zranenia, ktoré ste utrpeli pri nehode:

Boli ste pred úrazom zdravý? áno nie Ak nie, akou chorobou ste trpeli?

Mal predchádzajúci zdravotný stav vplyv na: 1. Vznik úrazu: áno nie 2. Následky úrazu: áno nie

Boli ste v čase nehody pod vplyvom alkoholu alebo iných návykových látok? áno nie

Aké:

4. Náhrada škody

Bolo Vaše zranenie uznané ako pracovný úraz? áno nie

Bola Vám poskytnutá náhrada škody zo Sociálnej poisťovne? áno nie

v rozsahu:

Adresa pobočky Soc. poisťovne, ktorá Vám vypláca dávky sociálneho poistenia:

Bola Vám poskytnutá náhrada škody inou osobou? áno nie

Kedy a kým (meno, priezvisko, adresa)?

v rozsahu:

Adresa zdravotnej poisťovne, v ktorej ste poistený:

5. Ďalšie zranené osoby

Meno, priezvisko	Adresa	Rodné číslo/vek	Tel.

6. Usmrtenie

Meno, priezvisko, titul:		Štátna príslušnosť:
Adresa (ulica, č. domu):	Obec:	PSČ:
Dátum narodenia:	Dátum úmrtia:	Dátum pohrebu:
Meno, priezvisko a adresa osoby, ktorá vynaložila náklady spojené s pohrebom:		
Bankové spojenie: IBAN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> BIC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

7. Osoby odkázané na výživu zomretého

Meno, priezvisko	Adresa	Dátum narodenia	Právny vzťah k zomretému	Vyživ. povinnosť určená súdom
				<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
				<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
				<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

8. Poistený, ktorý škodu spôsobil

Meno, priezvisko, titul/ Obchodné meno:		Rodné číslo/IČO:
Adresa (ulica, č. domu):	Obec:	PSČ:
Tel. číslo:	E-mail:	
EČV:	MPZ:	Továrenská značka, typ: Farba:
Číslo poisťnej zmluvy:	Vodič:	
Adresa (ulica, č. domu):	Obec:	PSČ:
Tel. číslo:	E-mail:	

9. Vozidlo, v ktorom bol poškodený – zranený

EČV:	MPZ:	Továrenská značka, typ:	Farba:
Vodič:			

10. Policajné šetrenie nehody

Bola dopravná nehoda šetrená políciou? áno nie

Adresa vyšetrojúceho orgánu PZ, číslo protokolu:

Je vedené súdne konanie alebo trestné stíhanie? áno nie

Kde a pod akým číslom je vedené súdne konanie alebo trestné stíhanie:

Boli ste v čase dopravnej nehody pripútaný bezpečnostným pásmom? áno nie Mali ste v čase nehody na hlave prilbu (pri jazde na bicykli, motocykli)? áno nie

11. Vecná škoda na Vašom majetku

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

Tel. kontakt na objednanie obhliadky poškodených vecí: 02/33 06 88 05

12. Je niektorá z poškodených vecí poistená?

Poškodená poistená vec	Názov poisťovne	Číslo poisťnej zmluvy	Uplatnili ste si alebo si budete uplatňovať nárok na náhradu škody z tohto poistenia majetku alebo iného druhu poistenia?
			<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
			<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

Týmto splnomocňujem podľa § 53 a § 54 Tr. poriadku (§ 17 Spr. poriadku) zamestnancov Wüstenrot poisťovne, a.s. (ďalej aj ako „poisťovňa“), 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.

Súčasťou oprávnenia poisťovne na spracúvanie osobných údajov poškodeného na účely likvidácie poistnej udalosti je aj poskytovanie týchto osobných údajov zmluvnej zaistovní so sídlom v zahraničí za účelom uplatnenia plnení zo zaistenia a ich poskytovanie alebo sprístupňovanie 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 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).

Ak poškodený uplatňuje voči poisťovni 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 lekárskeho správ, 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 poistných udalostí a poskytovania poistných plnení. 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 poisťovni; po uvedení doby nie je poškodený oprávnený súhlas účinne odvolať.

Ak poškodený uplatňuje voči poisťovni 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 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 lekárskeho 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 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 poistnej zmluvy, z ktorej sa uplatňuje právo na poistné plnenie a na dobu nevyhnutnú pre výkon práv a povinností stanovených zákonom poisťovni; po uvedení doby nie je poškodený oprávnený súhlas účinne odvolať.

Svojim 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 povinného zmluvného 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 v časti Ochrana osobných údajov. Potvrdzujem, že svoje osobné údaje som poskytol dobrovoľne, bez nátlaku a že uvedené osobné údaje sú pravdivé, správne a aktuálne.

V prípade, že si nebudete uplatňovať nároky na náhradu škody na zdraví, zašlite nám prehlásenie o ich neuplatňovaní.

V

dňa

.....

Podpis poškodeného, resp. zákonného zástupcu