

Číslo poisťnej zmluvy

Nevpisujte text - miesto pre podateľňu

Nevpisujte text - miesto pre čiarový kód

ČÍSLO POISŤNEJ UDALOSTI

**OZNÁMENIE O POISŤNEJ UDALOSTI**

GDPR 01/2023 542

**Z POISŤENIA ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU PRI VÝKONE POVOLANIA****1. Poistený**

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

**Ďalšie údaje o poistenom**

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

Bankové spojenie / Názov banky:

Číslo účtu/IBAN: **2. Poškodený**

Zamestnávateľ (Názov/Obchodné meno):	IČO:
Sídlo (ulica, č. domu):	Obec:
	PSČ:

**Kontaktná osoba**

Meno, priezvisko, titul:

Tel. číslo: E-mail:

**Ďalšie údaje o poškodenom**

Bankové spojenie / Názov banky:

Číslo účtu/IBAN: 

Je poškodený platiteľom DPH?  áno  nie A k áno, uveďte IČO pre DPH:

**3. Údaje o poisťnej udalosti (ďalej len "PU") a rozsah škody**

Dátum vzniku PU (deň, mesiac, rok, hodina, minúta):	Dátum zistenia vzniku PU (deň, mesiac, rok, hodina, minúta):
Nahlasovateľ PU (meno, priezvisko, adresa, telefónne číslo a email):	
Miesto vzniku PU (adresa):	
Pri plnení pracovných úloh alebo priamej súvislosti s týmto plnením (uveďte bližšie v popise PU)? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> v hlavnom pracovnom pomere <input type="checkbox"/> pri výkone inej zárobkovej činnosti	
Podrobný popis príčiny vzniku PU, aké povinnosti alebo predpisy boli porušené, v čom vidíte svoje zavinenie (ak nestačí miesto, ďalšie údaje uveďte v prílohe):	

**4. Svedkovia PU:**

Meno, priezvisko, titul:		Tel. číslo:
Adresa trvalého pobytu (ulica, č. domu):	Obec:	PSČ:
Bola škoda spôsobená pod vplyvom alkoholu? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		

**5. Rozsah škody:****A) Pri škode na zdraví**

Presný popis, druh a rozsah poškodenia:

Bol úraz uznaný ako pracovný podľa Zákonníka práce?  áno  nie Ak áno, uveďte kým:

Má poranenie za následok smrť?  áno  nie Ak áno, uveďte meno a adresu manžela/ky alebo príbuzných:

Meno, priezvisko, titul:	Tel. číslo:
Adresa trvalého pobytu (ulica, č. domu):	Obec:
	PSČ:

**B) Pri škode na veciach**

Presný popis, druh a rozsah poškodenia, obstarávacia cena poškodených vecí:

Výška vzniknutej škody (ak nie je známa, určite odhadom):

Bola žiadaná od Vás náhrada škody zamestnávateľom?  áno  nie Ak áno, uveďte kým, kedy a v akej výške:

Považujete požiadavku za oprávnenú?  áno  nie

Poskytli ste poškodenému už nejaké plnenie z tejto udalosti?  áno  nie Ak áno, uveďte v akej výške:

Spoluzavinil udalosť poškodený alebo iná osoba?  áno  nie Ak áno, uveďte jej meno a adresu:

V čom spočíva spoluvina?

V čom vidí zamestnávateľ Vaše zavinenie a ako ho preukazuje?"

**6. Iné:**

Je škoda riešená aj z iného poistenia?  áno  nie Ak áno, v ktorej poisťovni/uveďte číslo poisťnej udalosti:

Prípado bol oznámený orgánom činným v trestnom konaní?  áno  nie dňa, komu, číslo konania:

Trestné konanie je vedené na súde pod číslom: \_\_\_\_\_ proti: \_\_\_\_\_

Uplatnil si poškodený nároky v občianskom súdnom konaní?  áno  nie Ak áno, uveďte príslušný súd a číslo konania:

**7. Upozornenie a vyhlásenia:**

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 zobral 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 náhrade škody.

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

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 lekárskejších správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, alebo vyplývajú 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 poisťovne a za účelom získavania dôkazných prostriedkov pre potreby mimosúdneho alebo súdneho konania, ak je predmetom takéhoto konania spor o existenciu práva na poisťné 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 poisťné plnenie a na dobu nevyhnutnú pre výkon práv a povinností stanovených zákonom poisťovni; po uvedení doby 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 (poisťnej) udalosti v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady EÚ 2016/679 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 poisťné 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 Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava, účelom spracúvania je likvidácia poisťnej 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.wuostenrot.sk](http://www.wuostenrot.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.

Prílohy .....

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

V ..... dňa .....  
Podpis (a pečať) poisteného

**8. Potvrdenie mzdovej účtarne:**

Potvrdzujem, že priemerný zárobok poisteného v kalendárnom štvrtí roku pred vznikom škody je: ..... eur/mesačne  
Výška priemerného zárobku je vypočítaná v súlade so zákonníkom práce.

V ..... dňa .....  
Podpis (a pečať) mzdovej účtarne