

UPLATNENIE NÁROKU NA NÁHRADU ŠKODY

Poškodený si týmto v zmysle ustanovenia § 15 ods. 1 zákona č. 381/2001 Z. z. o povinnom zmluvnom poistení zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla a o zmene a doplnení niektorých zákonov uplatňuje nárok na poistné plnenie. Nárok na poistné plnenie je uplatňovaný za škodovú udalosť, ktorej účastníkov, priebeh a okolnosti uvádza poškodený nasledovne:

A. POŠKODENÝ

1. PRIEZVISKO / NÁZOV FIRMY		2. MENO	3. TITUL
4. ADRESA / SÍDLO, PSČ			5. ŠTÁT
6. RODNÉ ČÍSLO	7. TEL./FAX		8. PLATITEĽ DPH: ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
9. VÁŠ VZŤAH K MAJITEĽOVI VOZIDLA, KTORÉ VÁM SPÔSOBILO ŠKODU			
MANŽEL/MANŽELKA ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		OSOBA ŽIJÚCA S VAMI V SPOLOČNEJ DOMÁCNOSTI ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

B. VODIČ POŠKODENÉHO VOZIDLA V ČASE NEHODY

10. PRIEZVISKO A MENO, TITUL	11. TEL./FAX
12. ADRESA, PSČ	

C. POŠKODENÉ VOZIDLO

13. TOVÁRENSKÁ ZNAČKA, TYP	
14. EVIDENČNÉ ČÍSLO	15. ČÍSLO KAROSÉRIE (VIN)
16. JE VOZIDLO HAVARIJNE POISTENÉ? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	17. NÁZOV POISTOVNE
18. UPLATNILI STE SI ALEBO UPLATNITE SI NÁROK NA PLNENIE Z HAVARIJNÉHO POISTENIA? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
19. VOZIDLO NA LEASING ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	20. ZÁLOŽNÉ PRÁVO ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
21. NÁZOV A SÍDLO LEASINGOVEJ SPOLOČNOSTI	
22. ŽIADATE ŠKODU VYPLATIŤ NA ZÁKLADE: DOLOŽENÝCH FAKTÚR ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ROZPOČTU ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
23. POISTNÉ PLNENIE ŽIADATE ZASLAŤ: *) POŠTOVOU POUKÁŽKOU NA ADRESU:	
*) NA ÚČET ČÍSLO:	
KÓD BANKY:	
MAJITEĽ ÚČTU:	

D. INÁ VECNÁ ŠKODA

24. POŠKODENÉ VECI	
25. JE POŠKODENÁ VEC POISTENÁ INÝM POISTENÍM? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	26. NÁZOV POISTOVNE
27. UPLATNILI STE SI ALEBO UPLATNITE SI NÁROK NA PLNENIE V INEJ POISTOVNI? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	

E. ŠKODA NA ZDRAVÍ

28. VZNIKLA ŠKODA NA ZDRAVÍ ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
29. ROZSAH ZRANENIA

*) vyplňte len jednu z možností

F. VZNIK ŠKODY NA VOZIDLE

30. DÁTUM VZNIKU ŠKODY		31. ČAS VZNIKU ŠKODY	
32. MIESTO VZNIKU ŠKODY (ulica, obec, štát)			
33. NÁKRES VOZIDIEL V ČASE STRETU (v čase vzniku škody, nehody)		34. PODROBNÝ POPIS VZNIKU ŠKODY (dopravnej nehody)	
35. BOL VZNIK ŠKODY (nehoda) ŠETRENÝ POLÍCIOU? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		36. ADRESA POLÍCIE	
37. DÔVOD NENAHLÁSENIA ŠKODY (nehody) POLÍCIÍ			

G. INÍ ÚČASTNÍCI DOPRAVNEJ NEHODY (vzniku škody)

38. EVIDENČNÉ ČÍSLO (ŠPZ) VOZIDLA	39. MAJITEĽ VOZIDLA	40. ADRESA / SÍDLO FIRMY

H. SVEDKOVIA DOPRAVNEJ NEHODY (vzniku škody)

41. PRIEZVISKO A MENO	42. ADRESA	43. TEL / FAX

I. VINNÍK DOPRAVNEJ NEHODY (poistený)

44. PRIEZVISKO A MENO VODIČA V ČASE NEHODY		45. RODNÉ ČÍSLO
46. ADRESA, PSČ		47. TEL / FAX
48. PRIEZVISKO A MENO / NÁZOV FIRMY DRŽITEĽA/VLASTNÍKA VOZIDLA		
49. ADRESA, PSČ DRŽITEĽA/VLASTNÍKA VOZIDLA		
50. ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY (potvrdenia o poistení zodpovednosti)	51. NÁZOV POISTOVNE	

J. VOZIDLO VINNÍKA DOPRAVNEJ NEHODY

52. TOVÁRENSKÁ ZNAČKA, TYP	53. EVIDENČNÉ ČÍSLO (SPZ)	54. ČÍSLO KAROSÉRIE (VIN)
55. ROZSAH POŠKODENIA		

Svojím podpisom dávam v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov súhlas poisťovni, aby moje osobné údaje na tomto oznámení a priložených dokladoch, ktoré som poskytol/a/ za účelom vysporiadania nárokov na náhradu škody, spracovala vo svojich informačných systémoch po dobu nevyhnutnú pre likvidáciu a archiváciu poistných udalostí. Zároveň dávam súhlas s poskytnutím týchto údajov tretím osobám za účelom vysporiadania nárokov na náhradu škody. Dotknutá osoba môže odvolať svoj súhlas v prípade, ak pri spracúvaní jej osobných údajov došlo k porušeniu príslušných právnych predpisov. Dotknutá osoba je oprávnená odvolať súhlas písomne v lehote šiestich mesiacov odo dňa, kedy sa o porušení zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov dozvedela, najneskôr však do jedného roka od jeho porušenia. Odvolanie súhlasu musí byť doručené poisťovni osobne alebo doporučenou poštou. Odvolanie súhlasu je účinné dňom jeho doručenia poisťovni. Odvolaním súhlasu nie sú dotknuté práva a povinnosti poisťovne vyplývajúce z poistného vzťahu.

V dňa

.....
 podpis a pečiatka poškodeného