

Povinné zmluvné poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla

Hlásenie škodovej udalosti pre poškodeného (škoda na vozidle a iná vecná škoda)

Allianz 
Slovenská poisťovňa

ASP - Allianz-Slovenská poisťovňa, a.s., PZP - povinné zmluvné poistenie, EČV - evidenčné číslo vozidla, MPZ - medzinárodná poznávacia značka, PZ - poisťná zmluva

1. ÚDAJE O POŠKODENOM

Meno, priezvisko/Obchodné meno:			Ste platca DPH: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Ulica, číslo:	Obec:	PŠČ:	
Mobil:	Tel./Fax:	E-mail:	
Je poškodené vozidlo havarijne poistené: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Názov havarijnej poisťovne:	Číslo PZ:	
Uplatnili ste si alebo si budete uplatňovať nárok na náhradu škody z havarijného poistenia?: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>			
Náhradu škody žiadam poukázať na číslo účtu:			Na adresu: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

2. ZÁKLADNÉ ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI

Dátum vzniku:	Čas vzniku:	Miesto vzniku: (ulica, mesto, štát):
Bola škodová udalosť hlásená políciou: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		Útvar, adresa:

3. ÚDAJE O VOZIDLE, KTORÉ BOLO POŠKODENÉ

EČV:	Značka a typ vozidla :		
MPZ:	Č. karosérie - VIN:		
Kde a kedy je možné vozidlo obhliadnuť: Presná adresa alebo servis, príp. miesto obhliadky v ASP a.s.			
Počet náprav / z toho poháňaných:	Celková hmotnosť v kg:	Počet dverí:	Počet najazdených km:
Objem valcov / počet:	Rok výroby:	Výkon v kW / otáčky:	Palivo:
Bolo vozidlo poškodené pred škodovou udalosťou: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> Ako:			Bolo poškodenie odstránené pred nehodou: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

4. VODIČ POŠKODENÉHO VOZIDLA (V ČASE ŠKODOVEJ UDALOSTI)

Meno, priezvisko:			
Ulica, číslo:	Obec:	PŠČ:	
Mobil:	Tel./Fax:	E-mail:	
Číslo vodičského preukazu:	Pre skupiny:		

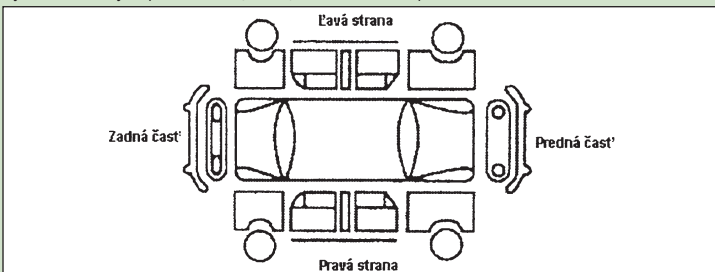
5. ŠPECIFICKÉ ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI

Podrobný popis vzniku škodovej udalosti

Situačný plánik dopravnej nehody (Zakreslite postavenie vozidiel, smer jazdy, dopravné značky, cesty)

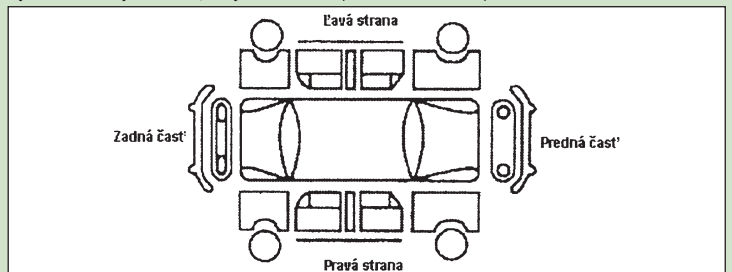
--

Vyznačenie škody na poškodenom (Vašom) vozidle - označte poškodené časti



Poškodené časti na poškodenom (Vašom) vozidle

Vyznačenie škody na vozidle, ktorým bola škoda spôsobená - označte poškodené časti



Poškodené časti na vozidle, ktorým bola škoda spôsobená



6. POISTNÍK (DRŽITEĽ, VLASTNÍK ALEBO PREVÁDZKOVATEĽ VOZIDLA), KTORÝM BOLA ŠKODA SPÔSOBENÁ

Meno, priezvisko/Obchodné meno:		
Ulica, číslo:	Obec:	PSČ:
Mobil:	Tel./Fax:	E-mail:
Číslo poisťnej zmluvy PZP:	Názov poisťovne PZP:	

7. PRÁVNY VZŤAH POISTENÉHO A POŠKODENÉHO

Manžel(ka): áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Osoba s ním žijúca v čase škodovej udalosti v domácnosti: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
---	---

8. VODIČ VOZIDLA, PREVÁDZKOU KTORÉHO BOLA ŠKODA SPÔSOBENÁ

Meno, priezvisko:		
Ulica, číslo:	Obec:	PSČ:
Mobil:	Tel./Fax:	E-mail:

9. ÚDAJE O VOZIDLE, PREVÁDZKOU KTORÉHO BOLA ŠKODA SPÔSOBENÁ

EČV:	MPZ:	Značka a typ vozidla :
------	------	------------------------

10. ĎALŠIE VOZIDLÁ ZÚČASTNENÉ NA DOPRAVNEJ NEHODE

EČV	MPZ	Značka a typ vozidla :	Držiteľ, vlastník alebo prevádzkovateľ vozidla (adresa)

11. ĎALŠÍ MAJETOK, KTORÝ BOL POŠKODENÝ

Názov poškodeného majetku	Vlastník/spoluvlastník majetku		Kde je majetok poistený	Číslo poisťnej zmluvy
Kde a kedy je možné poškodený majetok obhliadnuť	Je už majetok opravený	Bude poškodený majetok opravovaný	Bol majetok poškodený už pred škodovou udalosťou	
	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	

12. ŠKODA NA ZDRAVÍ

Bola Vám spôsobená škoda na zdraví: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Budete si uplatňovať náhradu za škodu na zdraví: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
---	--

13. USMRTENIE

Meno a priezvisko zomretého:	
Adresa zomretého:	Štátna príslušnosť:

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý, že nesprávne a nepravdivé údaje môžu ovplyvniť povinnosť poisťovateľa poskytnúť poisťné plnenie. V prípade vyšetrovania polície splnomocňujem Allianz - Slovenskú poisťovňu, a. s., Dostojevského rad 4, IČO: 00 151 700 (ďalej len „poisťovateľ“) k nazeraniu do vyšetrovacieho spisu v zmysle príslušných ustanovení Trestného poriadku alebo príslušných ustanovení Správneho poriadku týkajúceho sa vyššie uvedenej škody a k vyhotoveniu kópií a výpiskov.

Beriem na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto dokumente som poisťovateľovi povinný poskytnúť v zmysle zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve, a že budú spracúvané v informačnom systéme poisťovateľa, zároveň beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený získať osobné údaje v rozsahu uvedenom v občianskom preukaze, vodičskom preukaze, pase, osvedčení o evidencii vozidla, technickom preukaze kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosiči informácií. V zmysle zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení zároveň dávam poisťovateľovi písomný súhlas so spracovaním tu uvedených osobných údajov, a to najmä s ich poskytovaním a sprístupňovaním tretím osobám za účelom likvidácie poisťnej/škodovej udalosti, uvedenej v tomto hlásení, znalcom, expertíznym kanceláriám a organizáciami vykonávajúcim znaleckú a poradenskú činnosť za účelom vypracovania znaleckého posudku, expertízneho posudku, odborného vyjadrenia, a tiež v súvislosti so správou poistenia, s vymáhaním pohľadávok a zaistovníam na účely zaistenia. Tiež dávam poisťovateľovi súhlas s cezhraničným prenosom osobných údajov, vykonávaným na účely správy a na účely likvidácie poisťných/škodových udalostí do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov, ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov. Zároveň vyhlasujem, že dávam výslovný súhlas so spracúvaním osobných údajov na obdobie celej archivácie tohoto dokumentu v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov a tiež vyhlasujem, že som poučený o existencii mojich práv v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. Týmto dávam poisťovateľovi súhlas s použitím čísla môjho mobilného telefónu, resp. e-mailovej adresy uvedených na tomto tlačíve na účely likvidácie poisťnej udalosti. Zároveň sa zaväzujem nahlásiť každú zmenu čísla telefónu, resp. e-mailovej adresy do ukončenia likvidácie poisťnej udalosti písomne, osobne alebo poštou, na ktorejkoľvek pobočke poisťovateľa.

Upozornenie: Podľa podmienok poisťnej zmluvy a ustanovení Občianskeho zákonníka ste povinný preukázať vznik a rozsah škody. Z uvedeného dôvodu je nevyhnutné uchovať poškodené vymenené časti za účelom vykonania obhliadky. Po overení právneho základu pre poskytnutie poisťného plnenia Vás poisťovateľ v zmysle § 799, ods. 2 Občianskeho zákonníka požiada o predloženie dokladov potrebných na určenie výšky poisťného plnenia.

Pre likvidáciu škody platí aktuálna národná mena, platná v Slovenskej republike.

V.....dňa.....

Podpis a odtlačok pečiatky poškodeného

Podpis a odtlačok pečiatky osoby preberajúcej hlásenie