

OZNÁMENIE POISTENÉHO O ŠKODOVEJ UDALOSTI Z POISTENIA ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU

A. POISTENÝ*

Meno a adresa poisteného (názov firmy):	Číslo poistnej zmluvy:
	Telefón/Fax:
	Rodné číslo / IČO

* V prípade zastúpenia uviesť aj meno a adresu splnomocneného zástupcu

* V prípade ak má poistený aj kontaktnú adresu odlišnú od adresy bydliska alebo sídla, uviesť aj túto adresu

Zodpovednosť za škodu : (príslušný druh zodpovednosti, o ktorú ide, označte krížikom)

- Všeobecná zodpovednosť z občianskoprávných vzťahov podľa Občianskeho zákonníka
- fyzických a právnických osôb – podnikateľov
 - občanov
- Všeobecná zodpovednosť z pracovnoprávných vzťahov podľa Zákonníka práce
- Zodpovednosť za škodu z povinného zmluvného poistenia podľa osobitných predpisov
- Zodpovednosť z prepravných zmlúv.

Nárok na náhradu škody: (označte jednu z možností)

- bol poškodeným uplatnený dňa
- nebol poškodeným uplatnený

B. POŠKODENÝ

Meno a adresa poškodeného (názov a sídlo firmy):	Telefón/Fax:
--	--------------

Zodpovednosť za škodu je preukazovaná na základe : (označte krížikom)

- Súdneho rozhodnutia
- Rozhodnutia oprávneného orgánu
- Uplatneného nároku poškodeného v rámci mimosúdneho konania
- Uplatneného nároku inej poisťovne na refundáciu plnenia

C. ÚDAJE O VZNIKU ŠKODY

Dátum vzniku škody:	Miesto vzniku škody:
Popis vzniku škody:	

Príčina vzniku škody:

Škoda vznikla: * (označte jednu z možností)

- zavinením poisteného
 spoluzavinením poisteného a poškodeného
 spoluzavinením poisteného a iného
 bez zavinenia poisteného

Poistený svoju zodpovednosť za spôsobenú škodu:

uznáva - čo do rozsahu áno nie
uznáva - čo do jej výšky áno nie

Škodu žiada poistený nahradiť z poistenia zodpovednosti za škodu poisteného podľa výpočtu poisťovne v rámci mimosúdneho vyporiadania škodovej záležitosti áno nie

C. SPLNOMOCNENIE

Poistený : Meno a adresa poisteného (názov firmy):

.....

týmto splnomocňujem

Komunálnu poisťovňu, a.s. a ňou poverenú osobu:

..... na prejednanie a vykonanie prvotných úkonov (zápisu a fotodokumentácie na mieste škodovej udalosti) s poškodeným:

Meno a adresa poškodeného (názov firmy):

.....

Tel.:..... Fax:..... e-mail:

v súvislosti s uplatneným nárokom poškodeného na náhradu škody, spôsobenej dňa, zaevidovanej pod č. z poistenia zodpovednosti za škodu uzavretého v poisťnej zmluve č. Splnomocnený je zároveň oprávnený vypočítavať výšku náhrady škody na základe podkladov a dokumentácie predložených poškodeným. Výpočet nie je pre poisťovňu záväzný, poisťovňa má právo výpočet upraviť v súlade s právnymi predpismi, poisťovnými podmienkami a poisťnou zmluvou.

Zároveň 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 poisťných udalostí. Zároveň dávam súhlas s poskytnutím týchto údajov tretím osobám za účelom vysporiadania nárokov na náhradu škody. Dotknutá osoba je oprávnená 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 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov dozvedela, najneskôr však do jedného roka od jeho doručenia. 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 poisťného vzťahu.

V dňa:

.....
podpis poisteného (pečiatka)