

## 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 o doplnení niektorých zákonov uplatňuje nárok na poistné plnenie. Nárok na poistné plnenie je uplatňovaný za škodovú udalosť, ktorej účastníkov, priebeh a okolností uvádza poškodený nasledovne:

### A. POŠKODENÝ

1. MENO A ADRESA POŠKODENÉHO NÁZOV	2. ČÍSLO POISTNEJ UDALOSTI A ZMLUVY:
3. ULICA	4. TELEFÓN/FAX:
5. MESTO, PSC	6. E-MAIL:
7. IČO/RODNÉ ČÍSLO	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. POŠKODENÉ VOZIDLO

10. TOVÁRENSKÁ ZNAČKA, TYP:	11. STK PLATÍ DO: EK PLATÍ DO: FARBA VOZIDLA: STAV TACHOMETRA (POČET KM):
12. ČÍSLO KAROSÉRIE (VIN):	13. EV. ČÍSLO (ŠPZ):
14. VOZIDLO NA LEASING: ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	15. NÁZOV LEASINGOVEJ SPOLOČNOSTI:
16. VINKULÁCIA: ZÁLOŽNÉ PRÁVO: ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	17. NÁZOV VINKULANTA/VERITEĽA:
18. JE VOZIDLO HAVARIJNE POISTENÉ ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	19. NÁZOV POISTOVNE:
20. UPLATNILI STE SI, ALEBO SI UPLATNÍTE NÁROK Z HAVARIJNÉHO POISTENIA? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
21. ŽIADATE ŠKODU VYPLATÍŤ NA ZÁKLADE: DOLOŽENÝCH FAKTÚR <input type="checkbox"/> ROZPOČTU *) <input type="checkbox"/>	

\*) V prípade žiadosti o výplatu škody rozpočtom poisťovňa pri poskytnutí náhrady škody uplatní primerané zníženie cien materiálu a práce.

### C. VODIČ POŠKODENÉHO VOZIDLA V ČASE NEHODY

22. MENO A ADRESA VODIČA:	23. TELEFÓN/FAX:
	24. E-MAIL:

### D. POISTNÉ PLNENIE ŽIADAM ZASLAŤ NA

25. *) ČÍSLO ÚČTU/KÓD BANKY:	26. MAJITEĽ ÚČTU:
27. *) POŠTOVOU POUKÁŽKOU NA ADRESU:	

\*) Vyplňte len jednu z možností

### E. INÉ ŠKODY OKREM POŠKODENÉHO VOZIDLA

28. POŠKODENÉ INÉ VECI / POPIS ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	29. VZNIKLA ŠKODA NA ZDRAVÍ ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	30. PRI ŠKODE NA ZDRAVÍ IDE O PRACOVNÝ ÚRAZ ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
---	--	---

## F. POPIS PRIEBEHU NEHODY, VZNIKU ŠKODY

31. DÁTUM VZNIKU ŠKODY:	32. ČAS VZNIKU ŠKODY:	33. MIESTO VZNIKU ŠKODY:
34. NÁKRES VOZIDIEL V ČASE VZNIKU ŠKODY:		35. PODROBNÝ POPIS VZNIKU ŠKODY:

## G. BOLA ŠKODA RIEŠENÁ POLÍCIOU

36. ÁNO <input type="checkbox"/>	ADRESA POLÍCIE:	RIEŠENÁ AKO: DOPRAVNÁ NEHODA <input type="checkbox"/> ŠKODOVÁ UDALOSŤ <input type="checkbox"/>
37. NIE <input type="checkbox"/>	DÔVOD NEHLÁSENIA ŠKODY POLÍCIU:	

## H. VINNÍK DOPRAVNEJ NEHODY (poistený)

38. MENO A ADRESA VODIČA, KTORÝ ZAVINIL ŠKODU:		
39. MENO A ADRESA DRŽITEĽA (VLASTNÍKA) VOZIDLA:		
40. NÁZOV POISŤOVNE, V KTOREJ MÁ VINNÍK POISTENÚ ZODPOVEDNOSŤ ZA ŠKODY SPÔSOBENÉ PREVÁDZKOU MOTOR. VOZIDLA:		41. ČÍSLO ZMLUVY:
42. TOVÁRENSKÁ ZNAČKA A TYP VOZIDLA:	43. ČÍSLO KAROSÉRIE (VIN):	44. EVIDENČNÉ ČÍSLO (ŠPZ):
45. ROZSAH POŠKODENIA:		

## I. INÍ ÚČASTNÍCI DOPRAVNEJ NEHODY (vzniku škody)

46. EVIDENČNÉ ČÍSLO (ŠPZ) VOZIDLA:	47. MENO A ADRESA MAJITEĽA VOZIDLA:
48. SVEDOK NEHODY (MENO, ADRESA, TELEFÓNNE ČÍSLO):	

Prehlasujem, že všetky poskytnuté údaje v súvislosti s poškodením vozidla a nároku na náhradu škody sú pravdivé, úplné a právne záväzné. Beriem na vedomie, že som povinný/á preukázať rozsah a výšku uplatňovaného nároku na náhradu škody.

Svojim 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, keď 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 poštou. Odvolanie súhlasu je účinné dňom jeho doručenia poisťovni. Odvolaním súhlasu nie sú dotknuté práva a povinnosti poisťovne vyplývajúce z poistného vzťahu.

49.
V..... DŇA..... PODPIS POŠKODENÉHO (PEČIATKA).....