

OZNÁMENIE POŠKODENÉHO – ZRANENÉHO

09/2018

POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU SPÔSOBENÚ PREVÁDZKOU MOTOROVÉHO VOZIDLA
1. Dátum a miesto nehody

Dátum:	Ulica:	
Čas:	Mesto:	Štát:
Popis nehody:		

2. Poškodený – zranený

Meno, priezvisko:	Rodné číslo:	
Ulica:	Mesto:	PSČ:
Tel.:	E-mail:	
Samostatne zárobkovo činná osoba	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Zamestnaný v hlavnom pracovnom pomere
Zamestnaný na základe dohody o vykonaní práce, resp. inej dohody	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Nezamestnaný	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Študent
Dôchodca	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Iné (uvedte)
Meno, priezvisko zákonného zástupcu (ak je poškodený maloletý):		
Ulica:	Mesto:	PSČ:
Tel.:	E-mail:	
Bankové spojenie poškodeného, resp. zákonného zástupcu :	IBAN	BIC

3. Údaje o zranení

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, kde Vám bolo poskytnuté ošetrovanie po nehode:		
Pri hospitalizácii uvedte dobu liečenia a adresu nemocnice:		
Zranenia, ktoré ste utrpeli pri nehode:		
Boli ste pred úrazom zdraví?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ak nie, akou chorobou ste trpeli?
Mal predchádzajúci zdravotný stav vplyv na:	1. Vznik úrazu:	2. Následky úrazu:
Boli ste v čase nehody pod vplyvom alkoholu alebo iných návykových látok?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Je možné predpokladať, že úraz zanechá trvalé následky?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Aké:		

4. Náhrada škody

Bolo Vaše zranenie uznané ako pracovný úraz?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Bola Vám poskytnutá náhrada škody zo Sociálnej poisťovne v rozsahu:	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Adresa pobočky Soc. poisťovne, ktorá Vám vypláca dávky sociálneho poistenia:	
Bola Vám poskytnutá náhrada škody inou osobou: Kedy a kým (meno, priezvisko, adresa)? v rozsahu:	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Adresa zdravotnej poisťovne, v ktorej ste poistený:	

5. Ďalšie zranené osoby

Meno, priezvisko:	Adresa:	Rodné číslo/vek:	Tel.:
Meno, priezvisko:	Adresa:	Rodné číslo/vek:	Tel.:
Meno, priezvisko:	Adresa:	Rodné číslo/vek:	Tel.:

6. Usmrtenie

Meno, priezvisko zomretého:	Štátna príslušnosť:	
Ulica:	Mesto:	PSČ:
Dátum narodenia:	Dátum úmrtia:	Dátum pohrebu:
Obchodné meno a adresa zamestnávateľa zomretého v čase nehody:		
Meno, priezvisko a adresa osoby, ktorá vynaložila náklady spojené s pohrebom:		
Bankové spojenie:	IBAN	BIC

7. Osoby odkázané na výživu zomretého

Meno, priezvisko	Adresa	Dátum narodenia	Právny vzťah k zomretému	Vyživ. povinnosť určená súdom <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
------------------	--------	-----------------	--------------------------	---

8. Poistený, ktorý škodu spôsobil

Meno, priezvisko/Obchodné meno:			Rodné číslo/IČO:
Ulica:	Mesto:		PSČ:
Tel.:	E-mail:		Číslo poisťnej zmluvy:
EČV:	MPZ:	Značka a typ:	Farba:
Vodič:			

9. Vozidlo, v ktorom bol poškodený – zranený

EČV:	MPZ:	Značka a typ:	Farba:
Vodič:			

10. Policajné šetrenie nehody

Bola dopravná nehoda šetrená políciou? Adresa vyšetrujúceho orgánu PZ, číslo protokolu:	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Je vedené súdne konanie alebo trestné stíhanie? Kde a pod akým číslom je vedené súdne konanie alebo trestné stíhanie?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Boli ste v čase dopravnej nehody pripútaný bezpečnostným pásmom?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Mali ste v čase nehody na hlave prilbu (pri jazde na bicykli, motocykli)?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

11. Vecná škoda na Vašom majetku

Poškodená vec	Majiteľ/spolujajiteľ (nehodiace sa prečiarknite) (meno, priezvisko, adresa)	Nadobúdacia cena	Dátum nadobudnutia	Popis poškodenia

Tel. kontakt na objednanie obhliadky poškodených vecí: 02/33 06 88 05

Je niektorá z poškodených vecí poistená?

Poškodená poistená vec	Názov poisťovne	Číslo poisťnej zmluvy	Uplatnili ste si alebo si budete uplatňovať nárok na náhradu škody z tohto poistenia majetku alebo iného druhu poistenia? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
------------------------	-----------------	-----------------------	---

Týmto splnomocňujem podľa § 53 a § 54 Tr. poriadku (§ 17 Spr. poriadku) zamestnancov 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, vykonali z neho výpisky a zabezpečovali si na vlastné náklady kópie. Vyhlásujem, že všetky horeuvedené otázky som zodpovedal(a) pravdivo a úplne.

Poškodený poskytuje svojim podpisom na oznámení o škodovej udalosti súhlas poisťovní na spracúvanie osobných údajov uvedených na oznámení o škodovej udalosti a v dokladoch doložených k likvidácii škodovej udalosti na preukázanie práva na poistné plnenie, a to za účelom likvidácie poisťnej udalosti a výplaty poistného plnenia, 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 konania alebo súdneho konania, ak je predmetom takéhoto konania spor o existenciu práva na poistné 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 poistné plnenie a na dobu nevyhnutnú pre výkon práv a povinností stanovených zákonom poisťovní; po uvedenú dobu nie je poškodený oprávnený súhlas účinne odvolať.

Ak poškodený uplatňuje voči poisťovní nárok na náhradu škody na zdraví, dáva svojim podpisom na oznámení o škodovej udalosti zdravotným poisťovním, lekárom a zdravotníckym zariadeniam súhlas na poskytnutie osobných údajov o jeho zdravotnom stave Wüstenrot poisťovní, a.s. vo forme výpisov z účtu poistenca, vyhotovenia lekárskej správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičania za účelom likvidácie poistných udalostí a poskytovania poistných plnení. Súhlas poskytuje poškodený na dobu platnosti poisťnej zmluvy, z ktorej sa uplatňuje právo na poistné plnenia a na dobu nevyhnutnú pre výkon práv a povinností stanovených zákonom poisťovní; po uvedenú dobu nie je poškodený oprávnený súhlas účinne odvolať.

Ak poškodený uplatňuje voči poisťovní nárok na náhradu škody na zdraví, zbavuje svojim podpisom na oznámení o škodovej udalosti povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poisťovní, a.s. všetkých lekárov, ktorí ho liečili alebo s ktorými konzultoval svoj zdravotný stav.

Ak poškodený uplatňuje voči poisťovní nárok na náhradu škody na zdraví, poskytuje svojim podpisom na oznámení o škodovej udalosti súhlas Wüstenrot poisťovní, a.s. na spracúvanie osobných údajov o jeho zdravotnom stave, ktoré sú uvedené vo vyhotoveniach lekárskej správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, alebo vyplývajú z jej zapožičania a ktorých spracúvanie je nevyhnutné na účely likvidácie poistných udalostí a poskytovania poistných 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 poistné 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 poistné plnenie a na dobu nevyhnutnú pre výkon práv a povinností stanovených zákonom poisťovní; po uvedenú dobu nie je poškodený oprávnený súhlas účinne odvolať.

V prípade, že si nebudete uplatňovať nároky na náhradu škody na zdraví, zašlite nám prehlásenie o ich neuplatňovaní.

V dňa

Podpis poškodeného, resp. zákonného zástupcu