

Povinné zmluvné poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla

Hlásenie škodovej udalosti pre poškodeného (škoda na zdraví)

Allianz 
Slovenská poisťovňa

EČV – evidenčné číslo vozidla , MPZ - medzinárodná poznávacia značka, PZP – povinné zmluvné poistenie

1. 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"/>		Dátum:	Útvar, adresa:
Je vedené trestné stíhanie alebo súdne konanie: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		Úrad, adresa:	

2. ŠPECIFICKÉ ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI (PODROBNÝ POPIS VZNIKU ŠKODOVEJ UDALOSTI)

3. ÚDAJE O POŠKODENOM - ZRANENOM

Meno, priezvisko:	Dátum narodenia:		
Ulica, číslo:	Obec:	PSČ:	Štát:
Mobil:	Tel./Fax:	E-mail:	
Meno a priezvisko zákonného zástupcu (ak poškodený je maloletý):			
Ulica, číslo:	Obec:	PSČ:	Tel./Fax:
Poistné plnenie žiadam poukázať na číslo účtu:	Na adresu: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, kde bolo poskytnuté prvotné ošetrovanie po nehode:			
Pri hospitalizácii uveďte dobu hospitalizácie v nemocnici a adresu nemocnice:			
Zranenia, ktoré ste utrpeli pri nehode:			
Boli ste uznaný za práceneschopného: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Počas akého obdobia od:	do:	

4. POŠKODENÝ (ZRANENÝ) JE

Samostatne zárobkovo činná osoba:	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Zamestnaný v hlavnom pracovnom pomere:	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Názov a adresa zamestnávateľa:
Zamestnaný na základe dohody o vykonaní práce, resp. inej dohody:	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Názov a adresa zamestnávateľa:
Nezamestnaný:	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Študent:	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Názov a adresa školy:
Dôchodca:	áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Iné (uveďte):		

5. ÚDAJE O POŠKODENOM - USMRTENOM

Meno a priezvisko usmrteného:			
Adresa usmrteného:		Štátna príslušnosť:	
Dátum narodenia:	Dátum úmrtia:	Dátum pohrebu:	
Meno a adresa vystrojiteľa pohrebu:		Číslo účtu vystrojiteľa pohrebu:	

6. OSOBY ODKÁZANÉ NA VÝŽIVU USMRTENÉHO

Meno, priezvisko	Adresa	Dátum narodenia	Vzťah k usmrtenému (napr. manžel, syn a pod.)	Výživovacia povinnosť určená súdom
				áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
				áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
				áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

7. ROLA ZRANENÉHO/USMRTENÉHO

Vodič <input type="checkbox"/>	Spolujazdec <input type="checkbox"/>	Chodec <input type="checkbox"/>	Cyklista <input type="checkbox"/>	Motocyklista <input type="checkbox"/>	Iná <input type="checkbox"/> Aká:
--------------------------------	--------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------------	-----------------------------------

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

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



9. VODIČ VOZIDLA, PREVÁDZKOU KTORÉHO BOLA ŠKODA SPŔSOBENÁ

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

10. ÚDAJE O VOZIDLE, PREVÁDZKOU KTORÉHO BOLA ŠKODA SPŔSOBENÁ

EČV:	MPZ:	Značka, typ:	Farba:
------	------	--------------	--------

11. ÚDAJE O VOZIDLE, V KTOROM BOL POŠKODENÝ (ZRANENÝ/USMRTENÝ)

EČV:	MPZ:	Značka, typ:	Farba:
Meno, priezvisko vodiča:			Tel./Fax:
Ulica, číslo:		Obec:	PSČ:

12. SVEDKOVIA DOPRAVNEJ NEHODY

Meno, priezvisko	Adresa	Tel./Fax/mobil

13. NÁHRADA ŠKODY

Bola Vám už poskytnutá náhrada škody: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Kedy a kým (meno, priezvisko, adresa):	Vo výške	Mena
Bolo Vaše zranenie uznané ako pracovný úraz: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>			
Bola Vám poskytnutá náhrada škody zo Sociálnej poisťovne z dôvodu pracovného úrazu: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		Vo výške	Mena
Adresa pobočky Sociálnej poisťovne, ktorá Vám vypláca dávky sociálneho zabezpečenia:			
Názov a adresa zdravotnej poisťovne, v ktorej ste poistený:			

14. BEZPEČNOSTNÝ PÁS/PRIĽBA/AUTOSEDAČKA (BICYKEL, MOTOCYKEL)

Boli ste v čase dopravnej nehody pripútaný bezpečnostným pásmom: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Mali ste v čase nehody na hlave prilbu (bicykel, motocykel): áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	
Sedelo dieťa v čase dopravnej nehody v autoseďadke: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>	Bolo pripútané bezpečnostným pásmom v autoseďadke: áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>

15. VECNÁ ŠKODA

Poškodená vec	Nadobúdacía cena/mena	Dátum nadobudnutia	Popis poškodenia

Kedy a kde je možné poškodené veci obhliadnuť (kontaktná osoba, tel.):

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal pravdivo a úplne a som si vedomý, že nesprávne a nepravdivé údaje môžu ovplyvniť povinnosť poisťovateľa poskytnúť poistné plnenie. V prípade vyšetrovania polície splnomocňujem Allianz - Slovenskú poisťovňu, a. s., Dostojevského rad 4, 815 74 Bratislava, 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 výpisov.

Súhlasím s tým, aby Allianz - Slovenská poisťovňa, a. s. ako poskytovateľ náhrady za bolesť a sťaženie spoločenského uplatnenia požiadala o vydanie posudku o mojom zdravotnom stave a o jeho zmene v súvislosti s úrazom spôsobeným pri hore uvedenej dopravnej nehode podľa § 7 ods. 4 zákona č. 437/2004 Z.z. a za týmto účelom súhlasím s poskytnutím osobných údajov vypracovávateľovi posudku.

Splnomocňujem týmto zamestnancov Allianz - Slovenskej poisťovne, a.s., aby pre potreby likvidácie skutočnej škody v zmysle § 442 Občianskeho zákonníka vyžiadali doklady od Sociálnej poisťovne a zdravotnej poisťovne potrebné k likvidácii poistnej/škodovej udalosti.

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 poistnej/škodovej udalosti, uvedenej v tomto hlásení, znalcom, expertíznym kanceláriám a organizáciám 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 poistných/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 spracovaním 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 poistnej/škodovej udalosti. Zároveň sa zaväzujem nahlásiť každú zmenu čísla telefónu, resp. e-mailovej adresy do ukončenia likvidácie poistnej/škodovej udalosti písomne, osobne alebo poštou, na ktorejkoľvek pobočke poisťovateľa.

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

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

V.....dňa.....

Podpis a odtlačok pečiatky poškodeného

Podpis osoby preberajúcej hlásenie