Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

2450

OZNÁMENIE O VZNIKU ŠKODOVEJ UDALOSTI Z HAVARIJNÉHO POISTENIA MOTOROVÉHO VOZIDLA

POISŤOVŇA

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1

IČO: 00 585 441
DIČ: 2020527300
IČ DPH: SK7020000746

Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.
Registrácia: Obchodný register Okresného súdu BA I.,
odd: Sa, vložka 79/B

POISTENÝ (v prípade leasingu nájomca)

Meno a adresa poisteného (názov firmy)	**Číslo poistnej udalosti a zmluvy**
Ulica, č. d.	**Telefón/mobil**
Mesto / **PSČ**	**E-mail**
	Platiteľ DPH Áno ☐ Nie ☐

VOZIDLO POISTENÉHO – nájomcu

Továrenská značka, typ	**EV. číslo (ŠPZ)**
	Počet najazdených km
Číslo karosérie (VIN)	**STK platí do**
	EK platí do
Vozidlo na leasing Áno ☐ Nie ☐	**Názov leasingovej spoločnosti**
Vinkulácia **Záložné právo** Áno ☐ Nie ☐	**Názov vinkulanta/veriteľa**
Je vozidlo poistené GAP / poistenie finančnej straty / Áno ☐ Nie ☐	**Názov poisťovne**

VODIČ POISTENÉHO VOZIDLA V ČASE NEHODY

Meno a adresa vodiča	**Telefón**
	E-mail

POPIS PRIEBEHU NEHODY, VZNIKU ŠKODY

Dátum vzniku škody	**Čas vzniku škody**	**Miesto vzniku škody**
Nákres vozidiel v čase vzniku škody		**Podrobný popis vzniku škody**

BOLA ŠKODA RIEŠENÁ POLÍCIOU

Áno ☐	**Adresa polície**
Nie ☐	**Dôvod nehlásenia škody polícii**

KTO ZAVINIL NEHODU (Vyplňte len v prípade, že vám bola škoda spôsobená iným vozidlom)

Meno a adresa vodiča, ktorý zavinil škodu	
Meno a adresa držiteľa (vlastníka) vozidla	
Názov poisťovne, v ktorej má vinník poistenú zodpovednosť za škody spôsobené prevádzkou motorového vozidla	**Číslo zmluvy**
Továrenská značka a typ vozidla	**Evidenčné Číslo (ŠPZ)**

KTO ZAVINIL NEHODU (Vyplňte len v prípade, že vám bola škoda spôsobená iným Účastníkom)

Iný vinník, chodec, cyklista a pod. (meno a adresa)
Svedok nehody (meno a adresa)

ŠKODU ŽIADAM VYPLATIŤ NA ZÁKLADE

Doložených faktúr ☐ **Rozpočtu** *) ☐

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

POISTNÉ PLNENIE ŽIADAM ZASLAŤ NA

*) **Číslo účtu v tvare IBAN**	**Majiteľ účtu**
*) **Poštovou poukážkou na adresu**	

*) vyplňte len jednu z možností

Spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Vás informuje, že osobné údaje dotknutých osôb spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie") a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň Vás informuje, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group www.kooperativa.sk.

Uplatnenie nároku poškodeného na náhradu vecnej škody spôsobenej na motorovom vozidle z poistenia zodpovednosti:

Prostredníctvom môjho havarijného poisťovateľa žiadam poisťovateľa povinného zmluvného poistenia zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla hore uvedeného poisteného (škodcu) o poukázanie časti skutočnej výšky škody na motorovom vozidle, ktorá mi nebola uhradená z môjho havarijného poistenia z vyššie uvedenej poistnej udalosti.

V	**dňa**	**podpis poisteného (pečiatka)**