

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI POŠKODENÝM

Poistenie zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla

Poškodený týmto v zmysle ust. § 15 ods. 1 Zákona č. 381/2001 Z.z. o povinnom zmluvnom poistení zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla a o zmene a dopl. niektorých zákonov uplatňuje nárok na plnenie u poisťovne KOOPERATIVA, a.s. Vienna Insurance Group.

Nárok na plnenie je uplatňovaný za škodovú udalosť, ktorej účastníkov, priebeh a okolnosti uvádza poškodený nasledovne.

POISŤOVŇA	
KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1	
IČO: 00 585 441	Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.
DIČ: 2020527300	Registrácia: Obchodný register Okresného súdu BA I.,
IČ DPH: SK7020000746	odd: Sa, vložka 79/B

DÁTUM A MIESTO NEHODY	
číslo poisťovej zmluvy poisteného-škodcu (zhoduje sa s č. potvrdenia o poistení)	
Dátum (deň, mesiac, rok, hodina, minúta)	Miesto nehody (obec, okres, štát)

POISTENÝ, ktorého vozidlom bola škoda spôsobená			
Priezvisko/názov firmy	Meno, titul	Rodné číslo/IČO	
Adresa bydliska/sídlo	Obec - dodacia pošta	PSČ	
Telefón domov s predvoľbou/mobil	Telefón do firmy s predvoľbou	Fax	E-mail

VODIČ VOZIDLA v čase nehody, ktorého prevádzkou bola škoda spôsobená			
Priezvisko/názov firmy	Meno, titul	Rodné číslo/IČO	
Adresa bydliska/sídlo	Obec - dodacia pošta	PSČ	
Telefón domov s predvoľbou/mobil	Telefón do firmy s predvoľbou	Číslo vodičského preukazu	Pre skupinu

DRŽITEĽ VOZIDLA, ktorého prevádzkou bola škoda spôsobená			
Priezvisko/názov firmy	Meno, titul	Rodné číslo/IČO	
Adresa bydliska/sídlo	Obec - dodacia pošta	PSČ	
Telefón domov s predvoľbou/mobil	Telefón do firmy s predvoľbou	Fax	E-mail

VOZIDLO, ktorého prevádzkou bola škoda spôsobená ¹⁾		
EČV	Továrenská značka, typ	VIN (výrobné číslo, event. číslo karosérie/rámu)
EČV	Továrenská značka, typ	VIN (výrobné číslo, event. číslo karosérie/rámu)
Rozsah poškodenia		
Podrobný popis nehody (pri nedostatku miesta uveďte v označenej prílohe):		Nákres
Kto spôsobil nehodu a v čom vidíte jej príčinu?		

¹ Keď ide o jazdnú súpravu, uveďte údaje k oboj vozidlám.

ŠETRENIE NEHODY

Šetrené políciou SR áno nie	Adresa Polície SR, príp. č.j.	Dôvod nehlásenia Polícii SR
Bol u vodiča vozidla, prevádzkou ktorého bola škoda spôsobená, zistený alkohol? áno nie	Vplyv návykových látok? áno nie	Prebieha súdne konanie alebo konanie pred iným orgánom? áno nie
Keď áno, kde a pod akým č.j.		

SVEDKOVIA NEHODY²⁾

Priezvisko, meno	Adresa bydliska	Telefón s predvoľbou
------------------	-----------------	----------------------

POŠKODENÝ

Priezvisko/názov firmy	Meno, titul	Rodné číslo/IČO	
Adresa bydliska/sídlo	Obec - dodacia pošta	PSČ	
Telefón domov s predvoľbou/mobil	Telefón do firmy s predvoľbou	Fax	E-mail
Poškodený je prepravovanou osobou áno nie	Vzťah k poistenému (manžel/manželka) áno nie	Osoba žijúca v čase škod. udalosti v domácnosti s poisteným ²⁾ áno nie	Platiteľ DPH áno nie
Škodu žiadate vyplatiť A - rozpočtom B - podľa doložených faktúr za opravu	Kam žiadate plnenie poslať?		

POŠKODENÉ VOZIDLO

EČV	Továrenská značka, typ	VIN (výrobné číslo, event. číslo karosérie/rámu)
Záložné právo áno nie	Vinkulácia áno nie	Leasing áno nie
Leasingová spol.	č. leas. zmluvy	
U ktorého poisťovateľa máte dojednané poisť. zodpovednosti?		č. PZ:
Uplatnite nárok na plnenie z havarijného poistenia? áno nie	U ktorého poisťovateľa?	č. PZ:
Rozsah poškodenia		
Je vozidlo nepojazdné? áno nie	Kedy a kde je možné vykonať obhliadku?	

VZNIKNUTÁ ŠKODA

Vecná škoda:		
Priezvisko a meno vlastníka veci	Adresa vlastníka veci	Telefón s predvoľbou
Došlo ku škode na zdraví? áno nie	Bola zranená osoba pripútaná bezp. pásom? áno nie	
Popíšte rozsah škody na zdraví		
Iná škoda: Popíšte jej rozsah.		

NÁROKY POŠKODENÉHO

Poškodený uplatnil nárok na náhradu škody aj u poisteného?	áno	nie
Poškodený uplatnil nárok na náhradu škody aj u iného poisťovateľa?	áno	nie
Ďalšie skutočnosti dôležité pre odškodnenie poškodeného		

²⁾ Ďalších event. svedkov uveďte v prílohe.

Dolupodpísaný poškodený vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne. Berie na vedomie svoju povinnosť preukázať rozsah a výšku škody, ktorá mu vznikla touto škodovou udalosťou.

Vyplní poisťovňa

Dátum oznámenia škodovej udalosti	Odovzdané prílohy	os. číslo a podpis preberajúceho
-----------------------------------	-------------------	----------------------------------

PREHLÁSENIE POISTENÉHO

Beriem na vedomie, že spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva moje osobné údaje poskytnuté v súvislosti s likvidáciou škodovej udalosti, v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EU) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a zákon č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej škodovej udalosti. Informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kooperativa.sk

V _____ dňa _____ podpis poškodeného (pečiatka)