

Generali Slovensko poisťovňa, a. s., Plynárska 7/C, 824 79 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35 709 332, IČ DPH: SK2021000487, DIČO: 2021000487, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č.: 1325/B. Spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v Talianskom zozname skupín poisťovní vedenom ISVAP pod č. 26.

Číslo poistnej udalosti																				
RČ / IČO poškodeného																				

Za Generali Slovensko prevzal dňa:
meno a priezvisko, podpis a pečiatka:

Poškodený:

Meno a priezvisko/ obchodné meno																			
Ulica a č. p.											Mesto								
Telefón													PSČ						
E-mail											Fax								
Ste platiteľom DPH?	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE										Číslo účtu	/							

Základné údaje o škode:

Predpokladaná výška škody					Dátum vzniku					Hodina vzniku				
------------------------------	--	--	--	--	--------------	--	--	--	--	------------------	--	--	--	--

Miesto, kde došlo ku škode a jeho popis:

Popis škodovej udalosti (ako ku škode došlo, príčina vzniku škody, kedy ste sa o nej dozvedeli):

Rozsah poškodenia (čo bolo konkrétne poškodené, v akom rozsahu, pri škode na veci - uveďte hodnotu veci a dátum zakúpenia, pri škode na zdraví - uveďte rozsah poranenia podľa lekárskej správy, adresu zdravotníckeho zariadenia, kde bolo poskytnuté ošetrovanie):

Svedkovia pri vzniku škody (meno a adresa, príp. telefonický kontakt)																		
Kedy ste sa o vzniku škody dozvedeli?																		
Je poškodená vec poistená? Uveďte, v ktorej poisťovni (názov a adresu, č. poistnej zmluvy)	<input type="checkbox"/> ÁNO									<input type="checkbox"/> NIE								
Uplatnili ste si, alebo uplatníte si nárok na plnenie z iného poistenia?	<input type="checkbox"/> ÁNO									<input type="checkbox"/> NIE								

UPOZORNENIE: Pokiaľ by ste tak urobili bez nášho vedomia a zapríčinili tak dvojité plnenie tej istej veci, boli by ste v súlade s ustanovením § 451 Občianskeho zákonníka povinný príslušnú čiastku ako bezdôvodné obohatenie vydať. Okrem toho sa vystavíte nebezpečenstvu trestného stíhania podľa § 250c ods. 1 Trestného zákona pre podvod.

Poistený / škodca:

Meno a priezvisko / obchodné meno	
Adresa / sídlo	
RČ / IČO	
Telefón	
V akom príbuzenskom, príp. inom vzťahu ste s poisteným? (manžel, brat, druh, priateľ žijúci s Vami v spoločnej domácnosti, spoločník, manžel spoločníka, zamestnanec, atď.).	

Bola vykonaná obhliadka poškodenej veci?	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Pokiaľ nebola vykonaná obhliadka, kde je možné poškodenú vec obhliadnuť?		
Uveďte meno a telefonický kontakt osoby, s ktorou je možné dohodnúť obhliadku.		

Je škodová udalosť predmetom súdneho konania? Ak áno, pripojte doklad o výsledku konania, rozsudok, žalobu, protokol, príp. číslo konania.	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
---	------------------------------	------------------------------

Bola škodová udalosť šetrená políciou, príp. iným orgánom? Uveďte kým a pod akým jednacím číslom (políciou, požiarnikmi, havarijnou službou, IBP a pod.)	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
--	------------------------------	------------------------------

Ďalšie údaje, poškodenia súvisiace s hlásením škody, ďalší poškodení pri vzniku škody a pod.:

--

Vyhlasujem, že na všetky otázky som odpovedal pravdivo a úplne a že som nič nezamlčal.

Poistený vyhlasuje, že súhlasí v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov so spracúvaním, poskytnutím, sprístupnením, cezhraničným tokom svojich osobných údajov v poskytnutom rozsahu a za účelom výkonu činností, ktoré sú predmetom podnikania Generali Slovensko poisťovne, a. s., ako aj iným subjektom patriacim do skupiny Slovenskej asociácii poisťovní, Slovenskej kancelárii poisťovateľov, ako aj zmluvným partnerom a iným oprávneným subjektom, a to i mimo územia Slovenskej republiky v súvislosti s uplatnením práv a povinností vyplývajúcich z poistného vzťahu. Krajinou cezhraničného toku je Česká republika, ako aj iné štáty v súvislosti s uplatnením práv a povinností vyplývajúcich z poistného vzťahu. V zmysle § 7 ods. 5 cit. zákona podpísaný vyhlasuje, že osobné údaje o iných osobách uviedol na tomto tlačive s ich súhlasom a súčasne vyhlasuje, že bol oboznámený so skutočnosťami vyplývajúcimi z §10 ods. 1 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení.

Tiež súhlasím s tým, aby na žiadosť poisťiteľa ošetrojúci lekári vydali lekárske správy alebo posudky o mojom zdravotnom stave a jeho zmene, súvisiace s následkami poškodenia zdravia, ktoré som utrpel pri škodovej udalosti.

Poistné plnenie z poistnej udalosti žiadam poukázať :

- a) na bankový účet č. / vedený v
- b) poštovou poukážkou na vyššie uvedenú adresu bydliska.

V..... dňa.....

.....

Podpis/pečiatka