

Uplatnenie nárokov poškodeného z poistenia zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla

Generali Slovensko poisťovňa, a. s., Lamačská cesta 3A, 841 04 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35 709 332, IČ DPH: SK2021000487, DIČ: 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.

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

Číslo poisťovej zmluvy vinníka (bielej alebo zelenej karty)											
Evidenčné číslo poisteného vozidla (vinníka):											

DO PRAVNÁ NEHODA/ŠKODOVÁ UDALOSŤ (ďalej len ŠU)

Dátum dopravnej nehody/ŠU:	Čas dopravnej nehody/ŠU:
Miesto dopravnej nehody/ŠU (mesto, ulica, iná špecifikácia):	Krajina:
Popíšte vznik a priebeh dopravnej nehody/ŠU. Do mriežky zakreslite nehodový dej (vozidlo vinníka označte V, vozidlo poškodeného označte P):	

POISTENÝ - ŠKODCA

Meno a priezvisko/ obchodné meno:	Telefón:
Adresa/ sídlo spoločnosti:	Mesto: PSČ:

VOZIDLO ŠKODCU

Továrenská značka, typ a prevedenie:	Farba:
Je vozidlo havarijne poistené? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Neviem	Uveďte obchodné meno a sídlo poisťovne:

POŠKODENÝ

Meno a priezvisko/ obchodné meno:	Rodné číslo/ IČO:	
Adresa/ sídlo spoločnosti:	Mesto:	PSČ:
Telefón:	Fax:	E-mail:
Bankové spojenie (číslo účtu):	Kód banky:	Ste platcom DPH? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Váš vzťah k poistenému? Manžel / ka <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	Osoba žijúca s Vami v spoločnej domácnosti	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE

SPOLUCESTUJÚCI vo Vašom vozidle (meno a priezvisko, adresa, telefón)

POŠKODENÉ VOZIDLO

Evidenčné číslo vozidla:	Pridelené dňa:	STK platí do:	
Továrenská značka, typ a prevedenie:	Počet km:		
VIN (výrobné číslo karosérie, rámu):	Druh vozidla:		
Výrobné číslo motora:	Objem v cm ³ :	Výkon v kW :	Palivo:
Rok výroby:	Farba:	Počet dverí:	
Je vozidlo havarijne poistené? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	Uveďte obchodné meno a sídlo poisťovne:		
Je vozidlo na leasing / úver? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	Uveďte obchodné meno, sídlo leasingovej spoločnosti a číslo zmluvy :		

POLÍCIA:

Šetrené políciou? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	Vykonal polícia fotodokumentáciu? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Uvedte presnú adresu orgánu polície, ktorá udalosť šetrila:	
Dôvod nenahlásenia polícií:	
Svedkovia dopravnej nehody/ŠU (meno a priezvisko, adresa, telefón):	

PODROBNÝ POPIS POŠKODENIA VOZIDIEL (popíšte poškodené diely a časti)

Vaše vozidlo:	Vozidlo, ktoré spôsobilo dopravnú nehodu/ŠU:
<input type="checkbox"/> Za opravu vozidla doložím účty <input type="checkbox"/> Škodu na vozidle žiadam preplatiť rozpočtom, bez doloženia účtov <input type="checkbox"/> Ešte sa rozhodnem	

VÁŠ INÝ POŠKODENÝ MAJETOK

Batožina, odev, tovar, verejnoprospešné zariadenie, nehnuteľnosť a podobne:	
---	--

ŠKODA NA ZDRAVÍ (Pokiaľ nestačí miesto, priložte samostatný list)

Zranené osoby (meno a priezvisko, adresa, telefón):	Bezpečnostný pás použitý?
1.	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
2.	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
Usmrtené osoby (meno a priezvisko, adresa):	Bezpečnostný pás použitý?
1.	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE
2.	<input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE

Uplatnili ste si už náhradu škody?

a) u poisteného: <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	V akej sume, prípadne v akej forme?
b) na súde? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	Adresa súdu:
c) u iného poisťovateľa? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	Adresa poisťovne:

Žiadame Vás o sprístupnenie predmetu poškodenia a súčinnosť pri vykonaní obhliadky poškodenia

Bola vykonaná obhliadka poškodenej veci? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ÁNO	Ak ÁNO, uvedte meno osoby, miesto obhliadky a tel. kontakt osoby, ktorá obhliadku vykonala :
Pokiaľ nebola vykonaná obhliadka, kde je možné obhliadku vykonať?	
Uvedte meno, miesto a tel. kontakt osoby s ktorou je možné dohodnúť obhliadku	

Podpísaný vyhlasuje, že súhlasí v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení so spracovaním, poskytnutím, sprístupnením, cezhraničným tokom svojich osobných údajov v poskytnutom rozsahu a za účelom výkonu činností, ktoré sú predmetom podnikania Generali Slovensko poisťovňa, a. s., ako aj iným subjektom patriacim do skupiny Slovenskej asociácie poisťovní, Slovenskej kancelárie 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. Krajinnou 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 tlačíve 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.

Podpísaný vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a berie na vedomie skutočnosť, že bez pravdivo vyplneného tlačíva vo všetkých bodoch, nebude môcť Generali Slovensko poisťovňa, a. s., vysporiadať jeho oprávnené nároky v zmysle príslušných ustanovení zákona č. 381/2001 Z. z. o povinnom zmluvnom poistení zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení.

V dňa

* Platný variant označte vždy

Meno, priezvisko a čitateľný podpis oznamovateľa