

POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU SPÔSOBENÚ PREVÁDZKOU MOTOROVÉHO VOZIDLA

ČÍSLO POISTNEJ UDALOSTI
VYPISUJE POISŤOVŇA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pri uplatnení nárokov zo škody na motorovom vozidle je potrebné doložiť veľký technický preukaz motorového (prípojného) vozidla.

1. Dátum a miesto nehody

Dátum:	Ulica:		
Čas:	Mesto:	PSC:	Štát:

2. Popis nehody

Podrobný popis nehody:	Situačný plánik miesta nehody:

3. Poškodený / Nahlasovateľ

Meno a priezvisko / obchodné meno:	Tel. / Fax / e-mail:	
Ulica:	Mesto:	PSC:
Rodné číslo / IČO:*	Kontaktná osoba (meno, priezvisko, tel.):	
Držiteľ / vodič / spolujazdec* vo vozidle EČV:	MPZ:	
Bankové spojenie (kód banky, číslo účtu, variabilný symbol):		
Ste platcom DPH?	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

4. Poškodený – zranený

Meno, priezvisko:	Tel. / Fax / e-mail:	
Ulica:	Mesto:	PSC:
Rodné číslo / Dátum narodenia:*	Kontaktná osoba :	
Vlastník / vodič / spolujazdec* vo vozidle EČV:	MPZ:	
Bankové spojenie (kód banky, číslo účtu, variabilný symbol):		
Pripútaný bezpečnostným pásom?	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>

Právny vzťah k poistenému

Manžel/ka?	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Osoba s ním žijúca v čase poistnej udalosti v domácnosti:	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
------------	------------------------------	------------------------------	---	------------------------------	------------------------------

5. Vozidlo ktoré bolo poškodené

EČV:	MPZ:	Značka a typ:	Farba:
Rok výroby:	Dátum pridelenia 1. EČV:	Počet najazdených km:	VIN:
Ide o vozidlo na leasing? Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Ide o operatívny leasing? Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Je vozidlo vo Vašom výlučnom vlastníctve? Áno <input type="checkbox"/>			
Nie <input type="checkbox"/>			

Vlastník / spoluvlastník vozidla*

Meno, priezvisko / Obchodné meno:*	Tel. / Fax / e-mail:	
Ulica:	Mesto:	PSC:
Je vozidlo používané na podnikateľské účely? Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Rodné číslo / IČO:*
Je vozidlo havarijne poistené? Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Číslo havarijnej zmluvy:
Bolo vozidlo obhliadnuté? Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Ak áno, kým?
Názov poisťovne havar. poistenia		
Uplatnili ste si, alebo si budete uplatňovať nárok na náhradu škody z havar. poistenia? Áno <input type="checkbox"/>		
Nie <input type="checkbox"/>		
Likvidáciu poistnej udalosti žiadam: <input type="checkbox"/> na základe predložených účtov <input type="checkbox"/> rozpočtom na základe obhliadky <input type="checkbox"/> na základe čiastočných účtov		
Rozsah poškodenia vozidla:		

6. Svedkovia nehody

Meno, priezvisko	Adresa	Vek / Rodné číslo	Tel. / FAX / e-mail

7. Policajné šetrenie nehody

Bola dopravná nehoda šetrená policiou? Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Je vedené súdne konanie alebo tresné stíhanie? Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Adresa vyšetrojúceho orgánu PZ, číslo protokolu:			
Kde a pod akým číslom je vedené súdne konanie alebo trestné stíhanie?			

8. Ďalšie vozidlá zúčastnené na nehode

EČV	MPZ	Vlastník	Adresa	Tel. / Fax / E-mail

9. Obhliadka / oprava vozidla (Telefonický kontakt na vykonanie obhliadky 02/57 889 902)

Ak je vozidlo už opravené, uveďte dôvod opravy pred obhliadkou:			
Odporúča poisťovňa opravu?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	
Bude vozidlo opravované v servise?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	Bolo vozidlo poškodené už pred nehodou? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Boli predchádzajúce poškodenia odstránené pred nehodou? <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie			

10. Ďalší majetok, ktorý bol poškodený

Poškodená vec	Majiteľ / spolumajiteľ (meno, priezvisko, adresa)*	Nadobúdacía cena	Dátum nadobudnutia

Je niektorá z poškodených vecí poistená? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>			Uplatníte si alebo si budete uplatňovať nárok na náhradu škody z tohto poistenia majetku? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Poškodená poistená vec	Názov poisťovne	Číslo poistnej zmluvy	

Kedy a kde je možné poškodené veci obhliadnuť (kontaktná osoba, tel.):			Bola vec poškodená už pred nehodou? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Poškodená vec	Je už vec opravená?	Bude poškodená vec opravovaná?	
	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	

11. Poisťovník (držiteľ vozidla), ktorým bola škoda spôsobená

Meno, priezvisko / Obchodné meno:*		Tel. / Fax / e-mail:	
Ulica:	Mesto:	PSČ:	
Názov poisťovne PZP:		Číslo poistnej zmluvy:	

12. Vodič vozidla, prevádzkou ktorého bola škoda spôsobená

Meno, priezvisko:	Vek / Rodné číslo:
Ulica:	Mesto:
PSČ:	

13. Vozidlo, prevádzkou ktorého bola škoda spôsobená

EČV:	MPZ:	Značka a typ:	Farba:
Rozsah poškodenia vozidla:			

14. Náhrada škody

Uhradili ste škodu, ktorá Vám vznikla, z vlastných prostriedkov? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	V rozsahu:
Bola Vám už poskytnutá náhrada škody? Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	V rozsahu:
Kedy a kým (meno, priezvisko, adresa):	

Týmto splnomocňujem podľa § 53 a § 54 Tr. poriadku (§ 17 Spr. poriadku) zamestnancov Wüstenrot poisťovne, a.s., aby v zmysle § 69 Tr. poriadku (§ 23 Spr. poriadku) nahliadali pre potreby likvidácie vyššie uvedenej škody do vyšetrovacieho spisu (spisu dopravnej nehody) PZ SR, vykonali z neho výpisky a zabezpečovali si na vlastné náklady kópie. Vyhlasujem, že všetky horeuvedené otázky som zodpovedal(a) pravdivo a úplne. Zároveň dávam poisťovateľovi súhlas so spracovaním osobných údajov v súvislosti so správou poistenia, s likvidáciou poistných udalostí, s vymáhaním pohľadávok, na účely zaistenia zaistovní so sídlom v zahraničí.

KONTAKT:
Wüstenrot poisťovňa, a.s.
Karadžičova 17
825 22 Bratislava 26
Tel.: 02 / 57 88 99 02
Fax: 02 / 57 88 99 95

V dňa