

Číslo poisťnej zmluvy

Nevpisujte text - miesto pre podateľňu

Nevpisujte text - miesto pre čiarový kód

ČÍSLO POISŤNEJ UDALOSTI

OZNÁMENIE POŠKODENÉHO O POISŤNEJ UDALOSTI

02/2016 542

POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU SPÔSOBENÚ PREVÁDZKOU MOTOROVÉHO VOZIDLA

1 Dátum a miesto nehody

Dátum vzniku nehody (deň, mesiac, rok):	Čas:	Dátum hlásenia vzniku nehody:
Miesto nehody (ulica, č. domu, obec, štát):		

2 Popis nehody

Podrobný popis nehody:	Situačný plánik miesta nehody:

 Disponujete fotodokumentáciou miesta nehody, resp. vozidiel zúčastnených na nehode? áno nie Ak áno, priložte ju k oznámeniu.

3 Poškodený / Nahlasovateľ

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

4 Poškodený – zranený

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

Právny vzťah k poistenému

 Manžel/ka? ÁNO NIE

 Osoba s ním žijúca v čase poisťnej udalosti v domácnosti: ÁNO NIE
5 Vozidlo ktoré bolo poškodené

EČV:	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:	Tel. / Fax / e-mail:	
Ulica:	Mesto:	PSČ:
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 a Názov poisťovne havar. poistenia	
Bolo vozidlo obhliadnuté? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	Ak áno, kým?	
Uplatnili ste si, alebo si budete uplatňovať nárok na náhradu škody z havar. poistenia? ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>		
Likvidáciu poisťnej 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 Vodič vozidla, prevádzkou ktorého bola škoda spôsobená

Meno, priezvisko, adresa	Dátum narodenia / Rodné číslo:
--------------------------	--------------------------------

