

## MAJETOK PRÁVNICKÝCH A FYZICKÝCH OSÔB OZNÁMENIE O VZNIKU ŠKODOVEJ UDALOSTI

### A. POISTENÝ

Meno a adresa poisteného (názov firmy)	Číslo poistnej zmluvy
IČO/DRČ	Tel./Meno povereného
	Platiteľ DPH    Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

### B. POPIS VZNIKU ŠKODY

Dátum a čas vzniku:	Miesto škody:	ČVS polície:	Približná výška škody:
		ČS hasičov:	
Príčina vzniku škody:			
Popis vzniku škody.			
Zoznam poškodených, zničených vecí uveďte na tlačíve "Súpis škôd ..."			
<b>Kto zaviniť škodu?</b> Meno, adresa škodcu:.....			
Má škodca poistenú zodpovednosť?	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Číslo poistnej zmluvy:
V ktorej poisťovni? (názov a adresa):			
Vyjadrenie škodcu k príčine a rozsahu škody a jeho podpis:			
Sú poškodené veci poistené v inej poisťovni?	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Ak áno, v ktorej.....
Leasing:	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Názov a sídlo leasingovej spoločnosti      Číslo leasingovej zmluvy
Vinkulácia:	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Názov a sídlo vinkulanta
Záložné právo	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>	Názov a sídlo veriteľa

### C. POŠKODENÝ

Meno a adresa poškodeného (názov firmy):

Bankové spojenie:

Tel./Meno povereného:

### D. POISTNÉ PLNENIE ŽIADAM ZASLAŤ NA

Číslo účtu / kód banky:

Svojím podpisom dávam v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov súhlas poisťovni, aby moje osobné údaje na tomto oznámení a priložených dokladoch, ktoré som poskytol /a/ za účelom vysporiadania nárokov na náhradu škody, spracovala vo svojich informačných systémoch po dobu nevyhnutnú pre likvidáciu a archiváciu poistných udalostí. Zároveň dávam súhlas s poskytnutím týchto údajov tretím osobám za účelom vysporiadania nárokov na náhradu škody. Dotknutá osoba je oprávnená odvolať svoj súhlas v prípade, ak pri spracúvaní jej osobných údajov došlo k porušeniu príslušných právnych predpisov. Dotknutá osoba je oprávnená odvolať súhlas písomne v lehote šiestich mesiacov odo dňa, kedy sa o porušení zákona 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov dozvedela, najneskôr však do jedného roka od jeho doručenia. Odvolanie súhlasu musí byť doručené poisťovni osobne alebo doporučenou poštou. Odvolanie súhlasu je účinné dňom jeho doručenia poisťovni. Odvolaním súhlasu nie sú dotknuté práva a povinnosti poisťovne vyplývajúce z poistného vzťahu.

V ..... dňa .....

.....  
podpis poisteného (pečiatka)

