



2450

OZNÁMENIE POŠKODENÉHO K ŠKODE NA ZDRAVÍ SPÔSOBENEJ PREVÁDZKOU MOTOROVÉHO VOZIDLA

A. Údaje o poškodenom		
Priezvisko, meno, titul	Tel. číslo	
Dátum narodenia	E-mail	Rodné číslo
Adresa trvalého bydliska (ulica, číslo, PSČ, mesto)		
Korešpondenčná adresa (ak je odlišná od trvalého bydliska)		
Názov zamestnávateľa v čase vzniku úrazu	Povolanie	

Údaje o zákonom zástupcovi v prípade maloletého poškodeného		
Priezvisko, meno, titul	Tel. číslo	
Dátum narodenia	E-mail	Rodné číslo
Adresa trvalého bydliska (ulica, číslo, PSČ, mesto)		
Korešpondenčná adresa (ak je odlišná od trvalého bydliska)		
Príbuzenský stav k maloletému poškodenému		

B. Údaje o škodcovi (vodičovi v čase nehody) a vozidle, ktorým bola nehoda spôsobená	
Priezvisko, meno, titul	Dátum narodenia
Adresa trvalého bydliska (ulica, číslo, PSČ, mesto)	
Výrobná značka, typ a farba MV	Ev.č. MV

C. Údaje o škode na zdraví	
Dátum vzniku	Miesto vzniku
Adresa polície, ktorá dopravnú nehodu šetrila	
Štádium šetrenia okolností vzniku dopravnej nehody	
V prípade, že došlo k poškodeniu Vášho zdravia, uviesť dôvod pre ktorý nebola privolaná polícia k dopravnej nehode, alebo uviesť skutočnosť, prečo nebolo poškodenie na zdraví dodatočne hlásené polícii	

C. Údaje o škode na zdraví		
Bol daný úraz posudzovaný ako pracovný?*	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Bolo poskytnuté finančné odškodnenie za pracovný úraz?*	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Bol poškodený v čase vzniku úrazu pripútaný bezpečnostným pásom?*	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Bol poškodený v čase vzniku úrazu pod vplyvom alkoholu ?*	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Bol vodič motorového vozidla v čase vzniku úrazu pod vplyvom alkoholu ?*	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Uviest' sedadlo v MV, na ktorom poškodený sedel v čase vzniku dopr. nehody		
Podrobný popis vzniku úrazu		
Podrobný popis utrpených zranení		

D. Údaje o liečbe úrazu		
Prvé lekárske ošetrovanie dňa	V zdravotníckom zariadení	
Ostatné zdravotnícke zariadenia, kde bol úraz liečený		
Bola potrebná hospitalizácia?*	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Bol poškodený práceneschopný?*	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie

E. Poistné plnenie žiadam zasláť		
<input type="checkbox"/> na bankový účet číslo/IBAN		

Beriem na vedomie, že spoločnosť KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení a priložených dokladoch, ktoré som poskytol(a) za účelom vysporiadania nárokov na náhradu škody, v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a zákonom č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej škodovej udalosti.

Zároveň beriem na vedomie, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kpas.sk.

Vyhlasujem, že všetky údaje, ktoré som uviedol sú pravdivé, a že som nezamlčal žiadnu skutočnosť, ktorá by mala vplyv na vznik a výšku môjho nároku.

V

dňa:

.....
Podpis poškodeného

* hodiace sa označte „X“