

OZNÁMENIE POŠKODENÉHO

k škode na zdraví spôsobenej prevádzkou motorového vozidla

A. Údaje o poškodenom

priezvisko, meno, titul	tel. číslo
dátum narodenia	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	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

uviesť 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 ošetrenie 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 zaslať*

<input type="checkbox"/> na bankový účet číslo/IBAN	
<input type="checkbox"/> poštovou poukážkou na adresu	

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 poistnej udalosti.

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

Zároveň beriem na vedomie a súhlasím s tým, aby úkony spojené s likvidáciou poistnej udalosti (najmä obhliadka za účelom zistenia rozsahu a výšky škody, výpočet škody atď.) vykonávala spoločnosť KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, alebo jej zmluvní partneri.

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“