

**OZNÁMENIE O VZNIKU ŠKODY
Z POISTENIA ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU**
(vyplní poistený)

A. POISTENÝ:

meno a priezvisko poisteného (názov firmy):	
adresa poisteného (sídlo firmy):	
číslo poisťnej zmluvy:	telefón/fax:
IČO, rodné číslo	platiteľ DPH: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

B. POŠKODENÝ:

meno a priezvisko poškodeného (názov firmy):	
adresa poškodeného (sídlo firmy):	
telefón/fax:	
IČO, rodné číslo:	platiteľ DPH: Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
vzťah / príbuzenský pomer poisteného k poškodenému (aký)?	
Žije poistený s poškodeným v spoločnej domácnosti?	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Je poškodený spoločníkom poisteného ?	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

C. DRUH ŠKODY:

poškodené vozidlo	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
držiteľ vozidla:	
EČV:	Továrenská značka, typ:
rozsah poškodenia:	
leasing	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> názov leasing. spoločnosti:
iná vecná škoda	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
priezvisko a meno vlastníka veci:	
rozsah poškodenia:	
škoda na zdraví	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
rozsah škody na zdraví:	
finančná škoda	Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
druh finančnej škody:	

D. ÚDAJE O VZNIKU ŠKODY:

dátum a čas vzniku škody:	miesto vzniku škody:
podrobný popis vzniku škody:	
príčina vzniku škody:	
Bol vznik škody šetrený políciou?	
Áno <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	
adresa polície:	

E. NÁKRES:

--

F. NÁROKY POŠKODENÉHO:

Uplatnil si u Vás poškodený písomne svoj nárok na náhradu škody?	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Kedy a v akej výške ?		
Považujete nárok poškodeného za oprávnený?	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
V akej výške?		
V čom vidíte svoje zavinenie ?		
Uznávate svoju zodpovednosť za spôsobenú škodu		
čo do rozsahu	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
čo do jej výšky	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Spolušina poškodeného:		
	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
V akom rozsahu (v %) ?		
Bola už z Vašej strany poškodenému poskytnutá náhrada škody?	Áno <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
Kedy a v akej výške?		

Prehlasujem, že všetky poskytnuté údaje v súvislosti so vznikom škody sú pravdivé, úplné a právne záväzné. Zaväzujem sa postupovať v súlade so všeobecnými poisťovnými podmienkami, osobitnými poisťovnými podmienkami a zmluvnými dojednaniami poisťovne KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, dohodnutými v poisťovnej zmluve. Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva moje osobné údaje uvedené na 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 likvidácie predmetnej poisťovnej udalosti.

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

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

V dňa

.....
pečiatka a podpis poisteného