

Kód poisťovne

Uplatnenie nárokov poškodeného z poistenia zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla

Generali Poisťovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35 709 332, IČ DPH: SK2021000487, DIČO: 2021000487, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č.: 1325/B.
Spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v Talianskom zozname skupín poisťovní vedeným IVASS.

za poisťovňu Generali prevzal dňa:
meno a priezvisko, podpis a pečiatka:

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Číslo poisťnej zmluvy vinníka (bielej alebo zelenej karty) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Evidenčné číslo poisteného vozidla (vinníka): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

DOPRAVNÁ NEHODA/ŠKODOVÁ UDALOSŤ (ďalej len ŠU)

| | |
|---|---|
| Dátum dopravnej nehody/ŠU: | Čas dopravnej nehody/ŠU: |
| Miesto dopravnej nehody/ŠU (mesto, ulica, iná špecifikácia): | Štát: |
| Popíšte vznik a priebeh dopravnej nehody/ŠU. Do mriežky zakreslite nehodový dej (vozidlo vinníka označte V, vozidlo poškodeného označte P): | |
| Kto zavinil dopravnú nehodu/ŠU (meno a priezvisko, adresa) | V prípade spoluviny uveďte Vašu mieru zavinienia dopravnej nehody/ŠU: % |

POISTENÝ - ŠKODCA

| | | |
|----------------------------------|----------|------|
| Meno a priezvisko/obchodné meno: | Telefón: | |
| Adresa/sídlo spoločnosti: | Mesto: | PSČ: |

VOZIDLO ŠKODCU

| | |
|--|---|
| Továrenská značka, typ a prevedenie: | Farba: |
| Je vozidlo havarijne poistené? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Neviem | Uveďte obchodné meno a sídlo poisťovne: |

POŠKODENÝ

| | | |
|---|---|--|
| Meno a priezvisko/obchodné meno: | Rodné číslo/IČO: | |
| Adresa/sídlo spoločnosti: | Mesto: | PSČ: |
| Telefón: | Fax: | E-mail: |
| Bankové spojenie Číslo účtu/IBAN/BIC | Kód banky: | Ste platcom DPH? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE |
| Váš vzťah k poistenému? | Manžel / ka <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE | Osoba žijúca s Vami v spoločnej domácnosti <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE |

SPOLUCESTUJÚCI vo Vašom vozidle (meno a priezvisko, adresa, telefón)

| |
|--|
| |
| |

POŠKODENÉ VOZIDLO

| | | | |
|--|---|---------------|---------|
| Evidenčné číslo vozidla: | Pridelené dňa: | STK platí do: | |
| Továrenská značka, typ a prevedenie: | Počet km: | | |
| VIN (výrobné číslo karosérie, rámu): | Druh vozidla: | | |
| Výrobné číslo motora: | Objem v cm ³ : | Výkon v kW: | Palivo: |
| Rok výroby: | Farba: | Počet dverí: | |
| Je vozidlo havarijne poistené? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE | Uveďte obchodné meno a sídlo poisťovne: | | |
| Je vozidlo na leasing / úver? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE | Uveďte obchodné meno, sídlo leasingovej spoločnosti a číslo zmluvy: | | |

POLÍCIA:

| | | | |
|---|---|------------------------------------|---|
| Šetrené políciou? | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE | Vykonala polícia fotodokumentáciu? | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE |
| Uvedte presnú adresu orgánu polície, ktorá udalosť šetrila: | | | |
| Dôvod nenahlásenia polícií: | | | |
| Bol účastníkmi škodovej udalosti spísaný Záznam o nehode? | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE | | |

| | |
|---|--|
| Svedkovia dopravnej nehody/ŠU (meno a priezvisko, adresa, telefón): | |
|---|--|

PODROBNÝ POPIS POŠKODENIA VOZIDIEL

| | |
|--|--|
| Vaše vozidlo: | Vozidlo, ktoré spôsobilo dopravnú nehodu/ŠU: |
| | |
| <input type="checkbox"/> Za opravu vozidla doložím účty. | <input type="checkbox"/> Škodu na vozidle žiadam preplatiť rozpočtom, bez doloženia účtov. |

VÁŠ INÝ POŠKODENÝ MAJETOK

| | |
|---|--|
| Batožina, odev, tovar, verejnoprospešné zariadenie, nehnuteľnosť a podobne: | |
|---|--|

ŠKODA NA ZDRAVÍ /Pokiaľ nestačí miesto, priložte samostatný list/

| | |
|---|---|
| Zranené osoby (meno a priezvisko, adresa, telefón): | Bezpečnostný pás použitý? |
| 1. | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE |
| Usmrtené osoby (meno a priezvisko, adresa): | Bezpečnostný pás použitý? |
| 1. | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE |
| 2. | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE |

Uplatnili ste si už náhradu škody?

| | | |
|--------------------------|---|-------------------------------------|
| a) u poisteného: | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE | V akej sume, prípadne v akej forme? |
| b) na súde? | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE | Adresa súdu: |
| c) u iného poisťovateľa? | <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE | Adresa poisťovne: |

ŽIADAME VÁS O SPRÍSTUPNENIE PREDMETU POŠKODENIA A SÚČINNOSŤ PRI VYKONANÍ OBHLIADKY POŠKODENIA.

| | | |
|---|---|--|
| Bola vykonaná obhliadka poškodenej veci? | <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ÁNO | Ak ÁNO, uvedte meno osoby, miesto obhliadky a tel. kontakt osoby, ktorá obhliadku vykonala |
| Pokiaľ nebola vykonaná obhliadka, kde je možné obhliadku vykonať? | | |
| Uvedte meno, miesto a telefonický kontakt osoby, s ktorou je možné dohodnúť obhliadku | | |

Podpísaný berie na vedomie, že Generali Poistovňa, a. s. je oprávnená spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle § 47 zákona č. 8/2008 Z. z. o poisťovníctve. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov a právach dotknutej osoby sú na webovej stránke poisťovne.

Podpísaný vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a berie na vedomie skutočnosť, že bez pravdivo vyplneného tlačiva vo všetkých bodoch, nebude môcť Generali Poistovňa, a.s., vysporiadať jeho oprávnené nároky v zmysle príslušných ustanovení zákona č. 381/2001 Z.z. o povinnom zmluvnom poistení zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení.

V..... dňa.....

.....
Meno, priezvisko a podpis oznamovateľa