

-	-								

## OZNÁMENIE POŠKODENÉHO k škode na zdraví spôsobenej prevádzkou motorového vozidla

### A. Údaje o poškodenom

priezvisko, meno, titul.....  
dátum narodenia..... rodné číslo:.....  
adresa trvalého bydliska:  
ulica, číslo.....  
PSC, mesto.....  
korešpondenčná adresa ( ak je odlišná od trvalého bydliska):  
ulica, číslo.....  
PSC, mesto.....  
tel. č.....  
názov zamestnávateľa v čase vzniku úrazu.....  
povolanie .....

### Údaje o zákonom zástupcovi v prípade maloletého poškodeného

priezvisko, meno, titul.....  
dátum narodenia..... rodné číslo:.....  
adresa trvalého bydliska:  
ulica, číslo.....  
PSC, mesto.....  
korešpondenčná adresa ( ak je odlišná od trvalého bydliska):  
ulica, číslo.....  
PSC, mesto.....  
tel. č.....  
príbuzenský stav k maloletému poškodenému.....

### B. Údaje o škodcovi ( vodičovi v čase nehody) a vozidle, ktorým bola nehoda spôsobená

priezvisko, meno, titul.....  
dátum narodenia.....  
bydlisko:  
ulica, číslo.....PSC,  
mesto.....  
tel. č.....  
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:  
.....

Bol daný úraz posudzovaný ako pracovný? \*  áno  nie  
Bolo poskytnuté finančné odškodnenie za pracovný úraz? \*  áno  nie  
Bol poškodený v čase vzniku úrazu pripútaný bezpečnostným pásom? \*  áno  nie  
Bol poškodený v čase vzniku úrazu pod vplyvom alkoholu ? \*  áno  nie  
Uviesť sedadlo v MV na ktorom poškodený sedel v čase vzniku dopr. nehody .....  
Bol vodič mot. vozidla v čase vzniku úrazu pod vplyvom alkoholu ? \*  áno  nie

**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?\*  áno  nie

Bol poškodený práceneschopný?\*  áno  nie

## **E. Údaje k zaslaniu poistného plnenia**

Poistné plnenie žiadam zaslať \*

na bankový účet číslo: .....

poštovou poukážkou na adresu : .....

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.

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“