

DOTAZNÍK PRE POŠKODENÉHO (ŠKODA NA ZDRAVÍ)

z povinného zmluvného poistenia zodpovednosti za škodu spôsobenú prevádzkou motorového vozidla

1. Dátum a miesto nehody

Dátum:		Ulica, mesto:	
Čas:	Okres:	Štát:	
Popis nehody:			

2. Škoda na zdraví – poškodený (zranená osoba)

Meno a priezvisko:		Dátum narodenia:	
Tel./fax:	Ulica:	Mesto:	PSČ:
Meno a priezvisko zákonného zástupcu (ak poškodený je maloletý):			
Tel./fax:	Ulica:	Mesto:	PSČ:
Číslo účtu poškodeného:			
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, kde bolo poskytnuté ošetrovanie po nehode:			
Pri hospitalizácii uveďte dobu liečenia a adresu nemocnice:			
Zranenia, ktoré ste utrpeli pri nehode:			

3. Náhrada škody

Bolo Vaše zranenie uznané ako pracovný úraz?	Áno ☐	Nie ☐
Bola Vám poskytnutá náhrada škody zo Sociálnej poisťovne?	Áno ☐	Nie ☐
v rozsahu:		
Bola Vám poskytnutá náhrada škody inou osobou?	Áno ☐	Nie ☐
Kedy a kým (meno, priezvisko, adresa)?		
v rozsahu:		
Adresa pobočky Soc. poisťovne, ktorá Vám vypláca dávky sociálneho poistenia:		
Adresa zdravotnej poisťovne, v ktorej ste poistený:		

4. Poškodený (zranený) je

Samostatne zárobkovo činná osoba	Áno ☐	Nie ☐
Zamestnaný v hlavnom pracovnom pomere	Áno ☐	Nie ☐
na základe dohody o vykonaní práce, resp. inej dohody	Áno ☐	Nie ☐
Nezamestnaný	Áno ☐	Nie ☐
Študent	Áno ☐	Nie ☐
Dôchodca	Áno ☐	Nie ☐
Iné (uveďte)		

5. Ďalšie zranené osoby

Meno, priezvisko:	Adresa:	Dátum narodenia:	Tel./fax:

6. Usmrtenie

Meno, priezvisko zomretého:		
Adresa zomretého:		Štátna príslušnosť:
Dátum narodenia:	Dátum úmrtia:	Dátum pohrebu:
Meno a adresa vystrojiteľa pohrebu:		

7. Osoby odkázané na výživu zomretého

Meno, priezvisko:	Adresa:	Dátum narodenia:	Právny vzťah k zomretému:	Vyž. povinnosť určená súdom (áno/nie):
Názov a adresa zamestnávateľa zomretého v čase nehody:				

8. Vozidlo, v ktorom bol poškodený zranený

EČV:	MPZ:	Značka a typ:	Farba:
Meno, priezvisko vodiča:			Tel./fax:
Ulica:		Mesto:	PSČ:

9. Vodič vozidla, prevádzkou ktorého bola škoda spôsobená

Meno, priezvisko:	Tel./fax:
Ulica:	Mesto:
PSČ:	

10. Poistník (prevádzkovateľ vozidla), ktorým bola škoda spôsobená

Meno, priezvisko/obchodný názov:	Tel./fax:
Ulica:	Mesto:
PSČ:	

11. Vozidlo, prevádzkou ktorého bola škoda spôsobená

EČV:	MPZ:	Značka a typ:	Farba:
------	------	---------------	--------

12. Policajné šetrenie nehody

Bola dopravná nehoda šetrená políciou?	Áno ☐	Nie ☐
Adresa vyšetrojúceho orgánu PZ:		
Je vedené súdne konanie alebo trestné stíhanie?	Áno ☐	Nie ☐
Kde je vedené súdne konanie, trestné stíhanie?		

13. Bezpečnostný pás/prilba (bicykel, motocykel)

Boli ste v čase dopravnej nehody pripútaný bezpečnostným pásom?	Áno ☐	Nie ☐
Mali ste v čase nehody na hlave prilbu (bicykel, motocykel)?	Áno ☐	Nie ☐

14. Vecná škoda

Poškodená vec	Nadobúdacia cena	Dátum nadobudnutia	Popis poškodenia
Kedy a kde je možné poškodené veci obhliadnuť (kontaktná osoba, tel.):			

Súhlasím s tým, aby Allianz-Slovenská poisťovňa, a. s. ako poskytovateľ náhrady za bolesť a sťaženie spoločenského uplatnenia požiadala o vydanie posudku o mojom zdravotnom stave a o jeho zmene v súvislosti s úrazom utrpým pri horeuvedenej dopravnej nehode podľa § 7 ods. 4 zákona č. 437/2004 Z. z.

Spľnomocňujem týmto podľa § 50 a § 51 Tr. poriadku (§ 17 Spr. poriadku) zamestnancov Allianz-Slovenskej poisťovne, a. s., aby v zmysle § 65 Tr. poriadku (§ 23 Spr. poriadku) nahliadli pre potreby likvidácie vyššie uvedenej škody do vyšetrovacieho spisu (spisu dopravnej nehody) PZ SR, robili z neho výpisky a zabezpečovali si na vlastné náklady kópie.

Vyhlasujem, že všetky horeuvedené otázky som zodpovedal(a) pravdivo a úplne.

Súhlasím s poskytnutím informácií týkajúcich sa horeuvedenej poistnej udalosti Slovenskej kancelárii poisťovateľov, resp. Slovenskej asociácii poisťovní.

Podpísaný beriem na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto tlačive som poisťovateľovi povinný poskytnúť v zmysle zákona č. 95/2002 Z. z. o poisťovníctve a že budú spracúvané v informačnom systéme poisťovateľa. Zároveň beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený získať osobné údaje kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosič informácií.

Zároveň dávam poisťovní súhlas:

- s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, s likvidáciou poistných udalostí, s vymáhaním pohľadávok a zaistovním na účely zaistenia
- s cezhraničným prenosom osobných údajov vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poistných udalostí do krajín, ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov ako aj krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov.

Počet príloh:

V

dňa:

Podpis poškodeného (zákonného zástupcu)