



#### D. NÁROKY POŠKODENÉHO:

Poškodený si u Vás písomne uplatnil 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"/>
Spoluvina 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 som si túto škodu neuplatnil u iného poisťovateľa.

Prehlasujem, že všetky poskytnuté údaje v súvislosti so vznikom škody sú pravdivé, úplné a právne záväzné. Zaväzujem sa postupovať v súlade s pokynmi spoločnosti KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, všeobecnými poisťovacími podmienkami, osobitnými poisťovacími podmienkami a zmluvnými dojednaniami spoločnosti KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group. Svojím podpisom dávam v zmysle zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov súhlas poisťovní, 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 poisťovacích udalostí. Zároveň dávam súhlas s poskytnutím týchto údajov tretím osobám za účelom vysporiadania nárokov na náhradu škody. 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 KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group alebo jej zmluvní partneri.

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka a podpis poisteného