

KOOPERATIVA

poisťovňa, a.s. Vienna insurance Group

Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava

IČO: 585 441, DIČ: 0000585 441/500

Registrácia: Obchodný register Okres. súdu BA I., odd.: Sa, vložka 79/B



## OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI Z POISTENIA ZODPOVEDNOSTI ZA ŠKODU SPÔSOBENÚ PRI VÝKONE POVOLANIA

### POISTENÝ

Priezvisko, meno, titul		Telefón/ mobil / fax	
Rodné číslo	č. PZ	Dátum účinnosti PZ	
Adresa	Mesto/obec	PSČ	
č. PU	Dátum vzniku škodovej udalosti/hodina	Miesto škodovej udalosti (obec, ulica, okres)	

### Poškodený (zamestnávateľ)

Názov firmy	IČO	Telefón/fax
Adresa	Mesto/obec	PSČ
Bankové spojenie		

### Škoda

Vznikla pri plnení prac. úloh alebo v priamej súvislosti s ním	
<input type="checkbox"/> a) v pracovnom pomere .....	
<input type="checkbox"/> b) v pracovnom pomere na kratší pracovný čas .....	
<input type="checkbox"/> c) na motorovom vozidle zamestnávateľa alebo nájomcu práce poisteného zamestnanca	
Presný popis vzniku poistnej udalosti a aké povinnosti alebo predpisy boli porušené? V čom vidíte svoje zavinenie? (Pri nedostatku miesta pripojte ďalší list)	
V čom spočíva škoda (napr. poškodenie vecí, zranenie osoby a pod.)	
Výška vzniknutej škody (pokiaľ táto nie je presne známa, určiť odhadom)	Výška požadovanej náhrady škody zamestnávateľom
V čom vidí zamestnávateľ Vaše zavinenie a ako to preukazuje	

Šetrené orgánmi polície v	Č.k.
Prejednané súdom v	Č.k.
Výsledok konania (pokuta, rozsudok a pod.)	

Ste poistený na toto riziko v inej poisťovni? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno v ktorej?
Číslo poistnej zmluvy v inej poisťovni:

**Dolu podpísaný poistený prehlasujem a podpisom potvrdzujem, že všetky údaje v tomto oznámení sú úplné a pravdivé.**

Súčasne svojim podpisom dávam v zmysle zákona 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov súhlas Kooperative, poisťovni a.s., aby moje osobné údaje poskytnuté v súvislosti s likvidáciou uvedenej škodovej udalosti i spracovávala v informačných systémoch po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z likvidácie predmetnej udalosti. Zároveň dávam súhlas na sprístupnenie mojich osobných údajov tretím osobám, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie likvidácie predmetnej škodovej udalosti.

Ďalej prehlasujem, že poverujem KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, aby prejedнала s poškodeným náhradou škody a pri zistení oprávnenosti predložených nárokov škodu uhradila po odčítaní spoluúčasti.

V ....., dňa .....

.....  
podpis poisteného

Potvrdzujeme, že priemerný zárobok zamestnanca (uviest' meno, priezvisko, titul) .....
v kalendárnom roku ..... bol ..... EUR/SKK hrubej mesačnej mzdy.
Dňa .....
..... pečiatka a podpis zamestnávateľa

**Poučenie pre poisteného.**

KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group nie je viazaná záväzkom poisteného, ktorý vzal na seba bez predošlého prerokovania s KOOOPERATIVOU poisťovňou, a.s. Vienna Insurance Group, alebo nad rámec stanovený právnymi predpismi.