



Oznámenie škodovej udalosti z havarijného poistenia

KASKO

Vyplňte, prosím, minimálne jedno z polí Číslo poistnej zmluvy alebo Číslo leasingovej zmluvy

X - hodiace sa označte

Poistná zmluva	<input type="text"/>	Leasingová zmluva	<input type="text"/>
	Číslo poistnej zmluvy		Číslo leasingovej zmluvy
Údaje o škode	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Deň vzniku škody	Hodina	Miesto vzniku škody (obec, ulica, číslo domu alebo kilometer, štát)
Hlásenie škodovej udalosti policii	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		sídlo <input type="text"/>
Hlásenie škodovej udalosti hasičom	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		sídlo <input type="text"/>

Poistený (A)

<input type="text"/>	
Priezvisko, meno, tit., resp. názov spol.	
<input type="text"/>	
RČ / IČO	Telefón
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa - obec, ulica, č. domu, dverí	PSC
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
E-mail	
<input type="text"/>	
Číslo účtu IBAN	(IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu)

Poistené vozidlo (A)

<input type="text"/>	
Značka, model, typ	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
EČ (ŠPZ)	VIN karosérie
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Vinkulácia	
Spoločnosť	<input type="text"/>

Vodič vozidla (A)

V prípade ak je zhodný s poisteným (A) uveďte len číslo vodičského preukazu.

<input type="text"/>	
Priezvisko, meno, titul	
<input type="text"/>	
Adresa - obec, ulica, č. domu, dverí, PSC	
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefón	E-mail
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Číslo vodičského preukazu, skupina, vydal DI	

Viedol vodič vozidlo A s vedomím a súhlasom poisteného?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> neviem
Viedol vodič vozidlo A pod vplyvom alkoholu?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> neviem

Vzťah vodiča vozidla A k účastníkovi B, resp. vodičovi vozidla B	<input type="checkbox"/> príbuzenský <input type="checkbox"/> pracovnoprávny <input type="checkbox"/> iný
Vzťah vodiča vozidla A k poistenému	<input type="checkbox"/> príbuzenský <input type="checkbox"/> pracovnoprávny <input type="checkbox"/> iný

Druh škodovej udalosti

<input type="checkbox"/> Havária	<input type="checkbox"/> Poškodenie pri parkovaní	<input type="checkbox"/> Poškodenie skiel	<input type="checkbox"/> Krádež výbavy	<input type="checkbox"/> Krádež vozidla	<input type="checkbox"/> Živel	<input type="checkbox"/> Zrážka so zverou
----------------------------------	---	---	--	---	--------------------------------	---

Predmet poistenia, z ktorého je uplatňovaný nárok na poistné plnenie a odhadovaná výška škody pre každý predmet

<input type="checkbox"/> Vozidlo	<input type="checkbox"/> Zvláštna výbava	<input type="checkbox"/> Batožina	<input type="checkbox"/> Špeciálna batožina	<input type="checkbox"/> Život	<input type="checkbox"/> Úraz	<input type="checkbox"/> Náhradné vozidlo	<input type="checkbox"/> Sklá	<input type="checkbox"/> Pracovný stroj
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Vznik a priebeh škodovej udalosti

<input type="text"/>

Kto podľa Vás zaviniť škodovú udalosť? Vodič vozidla A Vodič vozidla B Iná osoba

<input type="text"/>
Priezvisko, meno, adresa

Kde a kedy je možné vozidlo obhliadnuť?

Kde sa bude opravovať?

Žiadam vyplatiť poistné plnenie podľa rozpočtu poisťovne účtov

Žiadam o likvidáciu formou krycieho listu áno nie

Názov servisu

Prehlásenie oznamovateľa

UNIQA poisťovňa, a.s. je oprávnená v mojom mene zbierať informácie všetkého druhu u osôb a úradov, nahliadať do spisov a zhotovovať kópie z nich. Podpísaný potvrdzuje správnosť a úplnosť uvedených údajov a zaväzuje sa postupovať v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov.

Oznamovateľ škodovej udalosti	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Priezvisko, meno, titul	Telefón	E-mail

V dňa
Podpis oznamovateľa Meno a podpis pracovníka poisťovne, ktorý hlásenie prevzal

M/109/19