

## OZNÁMENIE O POISTNEJ UDALOSTI Z POISTENIA PRÁVNEJ OCHRANY

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**1 Poistený** Vyplniť vždy

<input type="checkbox"/> Fyzická osoba <input type="checkbox"/> Právnická osoba/Fyzická osoba podnikateľ															
Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno)	Rodné číslo/IČO														
Miesto trvalého pobytu/sídlo (dodacia pošta)	PSČ														
Ulica a číslo	Telefónne číslo														
<b>OSOBA OPRÁVNENÁ V MENE PRÁVNICKEJ OSOBY OZNÁMIŤ POISTNÚ UDALOSŤ</b>															
Meno, priezvisko, titul	Pozícia (napr. konateľ, poverený zamestnanec)														
<b>KONTAKTNÁ OSOBA</b>															
Meno, priezvisko, titul	Telefón:														
Bankové spojenie	číslo účtu/kód banky: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> / <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>														
Ste platiteľom DPH? <input type="checkbox"/> ÁNO - uveďte IČ pre DPH:	<input type="checkbox"/> NIE														
<b>OSOBA, KTORÁ ŽIADA PRÁVNÚ OCHRANU (ak je odlišná od poisteného)</b>															
Meno, priezvisko, titul	Dátum narodenia														
Kontaktná adresa	PSČ														
E-mail	Telefónne číslo														
Vzťah k poistenému: <input type="checkbox"/> manžel/manželka <input type="checkbox"/> druh/družka <input type="checkbox"/> dieťa do 26 rokov <input type="checkbox"/> osoba v opatrovateľskej alebo pestúnskej starostlivosti <input type="checkbox"/> zamestnanec															
<b>VOČI KOMU UPLATŇUJE POISTENÁ OSOBA SVOJE NÁROKY</b>															
Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno)															
Obec	PSČ														
Ulica a číslo															

**Vyplniť iba v prípade sporov týkajúcich sa nehnuteľnosti**

Nehnuteľnosť, ktorej sa poistná udalosť týka <input type="checkbox"/> rodinný dom <input type="checkbox"/> byt <input type="checkbox"/> nebytový priestor <input type="checkbox"/> iná nehnuteľnosť (vypísať: .....	
Obec	PSČ
Ulica a číslo	

**Vyplniť iba v prípade zmluvného sporu (vrátane sporov z pracovného práva)**

Zmluva, ktorá bola porušená (názov zmluvy)	Kedy bola uzatvorená
	Kedy bola porušená
Ako bola porušená	Kým bola porušená

**Vyplniť iba v prípade trestného, priestupkového alebo správneho práva**

Vedie sa <input type="checkbox"/> trestné konanie <input type="checkbox"/> priestupkové konanie <input type="checkbox"/> správne konanie	
Proti komu	Ktorým orgánom

**Vyplniť iba v prípade sporov týkajúcich sa motorového vozidla alebo vodiča (vrátane sporov z havarijného a povinného zmluvného poistenia)**

Motorové vozidlo, ktorého sa poistná udalosť týka (EČV)		
VIN číslo		
Meno a priezvisko vodiča motorového vozidla v čase poistnej udalosti	Bydlisko vodiča motorového vozidla v čase poistnej udalosti	
Meno a priezvisko majiteľa motorového vozidla	Bydlisko majiteľa motorového vozidla	
Havarijné poistenie poisteného vozidla Poistovňa	Číslo zmluvy	Číslo poistnej udalosti
Povinné zmluvné poistenie poisteného vozidla Poistovňa	Číslo zmluvy	Číslo poistnej udalosti
Leasing:	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
Škoda bola spôsobená prevádzkou iného vozidla:	<input type="checkbox"/> ÁNO	<input type="checkbox"/> NIE
		Ak áno, uveďte EČV
Povinné zmluvné poistenie vozidla, ktoré spôsobilo dopravnú nehodu Poistovňa	Číslo zmluvy	
Dátum dopravnej nehody	Bola nehoda šetrená políciou? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	Ktorým orgánom?

**Vyplniť iba v prípade poistných sporov (s výnimkou havarijného a povinného zmluvného poistenia)**

Typ poistenia (úrazové, cestovné a pod.)	Názov poisťovateľa
Adresa	
Číslo poistnej zmluvy	Číslo poistnej udalosti

**Vyplniť vždy**

Popis priebehu poistnej udalosti

Aké nároky si uplatňujete? Rozsah a druh nárokov (škoda na MV, ušlý zisk, škoda na zdraví, vecná škoda a pod.)

Ak bude v súlade s čl. 9 VPP potrebné poveriť externého právneho zástupcu, ponecháte jeho voľbu na Wüstenrot poisťovňu, a.s.?  ÁNO  NIE

Zoznam príloh	Podpis poisteného
Poistený svojím podpisom prehlasuje, že všetky údaje uviedol úplne a pravdivo.	
V _____ dňa _____	