



návod na vyplnenie oznámenie o vzniku škodovej udalosti – škodca

AXA poisťovňa a.s., so sídlom Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika, IČO: 281 95 604, zapísaná v obchodnom registri vedenom Mestským súdom v Prahe, v oddiele B, vložka 12826, prostredníctvom svojej pobočky v Slovenskej republike: AXA poisťovňa a.s., organizačná zložka Slovensko, Laurinská 18, 811 01 Bratislava, IČO: 36 857 521, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 1576/B

Číslo poisťovnej zmluvy Číslo poisťovnej udalosti

1. Dátum a miesto nehody

Dátum vzniku nehody (deň, mesiac, rok)	01.09.2008	Čas vzniku nehody (hodina, minúta)	16.00 hod.
Dátum hlásenia vzniku nehody (deň, mesiac, rok)	03.09.2008		
Miesto nehody (ulica, č. domu, kilometer, obec, štát)	parkovisko Tesco, Kamenné námestie, Bratislava, SR		

2. Popis nehody

Podrobný popis nehody: <i>pri parkovaní som poškodil zaparkované motorové vozidlo</i>	Nákres miesta nehody:
--	---------------------------

3. Poistník (osoba, ktorá uzavrela poisťovnú zmluvu)

Meno a priezvisko / Obchodný názov	Filip Šikovný		
Trvalý pobyt / Sídllo: Ulica, č. domu	Arménska 55		
Obec	Bratislava	PSČ	821 06
Rodné číslo / IČO	720222/3333	Platca DPH	<input type="checkbox"/> Áno <input checked="" type="checkbox"/> Nie
Tel. / Fax	0913 000 001	E-mail	fsikovny@azet.sk

4. Vlastník motorového vozidla, prevádzkou ktorého bola škoda spôsobená (vyplniť, ak nie je osoba totožná s poistníkom)

Meno a priezvisko / Obchodný názov			
Trvalý pobyt / Sídllo: Ulica, č. domu			
Obec		PSČ	
Rodné číslo / IČO:		Platca DPH	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Tel. / Fax	E-mail		

5. Vodič motorového vozidla v čase nehody

Meno a priezvisko	Katarína Šikovná		
Trvalý pobyt / Sídllo: Ulica, č. domu	Arménska 55		
Obec	Bratislava	PSČ	821 06
Rodné číslo	725123/1234	Je poistený zamestnancom poistníka?	<input type="checkbox"/> Áno <input checked="" type="checkbox"/> Nie
Tel. / Fax	0913 100 000	E-mail	sikovmak@azet.sk

6. Motorové vozidlo, prevádzkou ktorého bola škoda spôsobená¹⁾

Značka a typ	Škoda Fabia	EČV / ŠPZ	BA 000 XY
VIN (identifikačné číslo vozidla)	TMBCX564123400	Farba	strieborná metalíza
Rozsah poškodenia vozidla	poškodený pravý predný blatník, smerovka, svetlo, pravý predný nárazník		

7. Osoba zodpovedná zo zavinenia nehody

Vy (Váš vodič)	<input checked="" type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Poškodený	<input type="checkbox"/> Áno <input checked="" type="checkbox"/> Nie	Spoluvina	<input type="checkbox"/> Áno <input checked="" type="checkbox"/> Nie
Dôvod spoluzavinenia	nie je				
Iná osoba (meno a priezvisko, adresa)	nie je				
Bol príčinou nehody nevyhovujúci stav vozidla, resp. časti vozidla?	<input type="checkbox"/> Áno <input checked="" type="checkbox"/> Nie	Bol príčinou nehody zvláštny stav prevádzky vozidla (oslňenie, odskočenie kameňa a pod.)?	<input type="checkbox"/> Áno <input checked="" type="checkbox"/> Nie		

8. Policajné vyšetrovanie nehody

Bola dopravná nehoda vyšetrovaná políciou?	<input type="checkbox"/> Áno <input checked="" type="checkbox"/> Nie		
Adresa polície vykonávajúcej vyšetrovanie			Číslo konania
Bol u vodiča motorového vozidla, ktorého prevádzkou bola spôsobená škoda, zistený alkohol?	<input type="checkbox"/> Áno <input checked="" type="checkbox"/> Nie	Je vedené súdne konanie alebo trestné stíhanie?	<input type="checkbox"/> Áno <input checked="" type="checkbox"/> Nie



oznámenie o vzniku škodovej udalosti – škodca

AXA poisťovňa a.s., so sídlom Lazarská 13/8, 120 00 Praha 2, Česká republika, IČO: 281 95 604, zapísaná v obchodnom registri vedenom Mestským súdom v Prahe, v oddiele B, vložka 12826, prostredníctvom svojej pobočky v Slovenskej republike: AXA poisťovňa a.s., organizačná zložka Slovensko, Laurinská 18, 811 01 Bratislava, IČO: 36 857 521, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Po, vložka č. 1576/B

Číslo poisťovnej zmluvy Číslo poisťovnej udalosti

1. Dátum a miesto nehody

Dátum vzniku nehody (deň, mesiac, rok)		Čas vzniku nehody (hodina, minúta)	
Dátum hlásenia vzniku nehody (deň, mesiac, rok)			
Miesto nehody (ulica, č. domu, kilometer, obec, štát)			

2. Popis nehody

Podrobný popis nehody:	Nákres miesta nehody:
------------------------	-----------------------

3. Poistník (osoba, ktorá uzavrela poisťovnú zmluvu)

Meno a priezvisko / Obchodný názov			
Trvalý pobyt / Sídllo: Ulica, č. domu			
Obec		PSČ	
Rodné číslo / IČO		Platca DPH	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Tel. / Fax	E-mail		

4. Vlastník motorového vozidla, prevádzkou ktorého bola škoda spôsobená (vyplniť, ak nie je osoba totožná s poistníkom)

Meno a priezvisko / Obchodný názov			
Trvalý pobyt / Sídllo: Ulica, č. domu			
Obec		PSČ	
Rodné číslo / IČO:		Platca DPH	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Tel. / Fax	E-mail		

5. Vodič motorového vozidla v čase nehody

Meno a priezvisko			
Trvalý pobyt / Sídllo: Ulica, č. domu			
Obec		PSČ	
Rodné číslo		Je poistený zamestnancom poistníka?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Tel. / Fax	E-mail		

6. Motorové vozidlo, prevádzkou ktorého bola škoda spôsobená¹⁾

Značka a typ		EČV / ŠPZ	
VIN (identifikačné číslo vozidla)		Farba	
Rozsah poškodenia vozidla			

7. Osoba zodpovedná zo zavinenia nehody

Vy (Váš vodič)	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Poškodený	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Spoluvina	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Dôvod spoluzavinenia					
Iná osoba (meno a priezvisko, adresa)					
Bol príčinou nehody nevyhovujúci stav vozidla, resp. časti vozidla?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Bol príčinou nehody zvláštny stav prevádzky vozidla (oslňenie, odskočenie kameňa a pod.)?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie		

8. Policajné vyšetrovanie nehody

Bola dopravná nehoda vyšetrovaná políciou?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie		
Adresa polície vykonávajúcej vyšetrovanie			Číslo konania
Bol u vodiča motorového vozidla, ktorého prevádzkou bola spôsobená škoda, zistený alkohol?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie	Je vedené súdne konanie alebo trestné stíhanie?	<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie



9. Svedkovia nehody²⁾

Meno a priezvisko	Rodné číslo
Trvalý pobyt: Ulica, č. domu	
Obec	PSČ

10. Poškodený²⁾

Meno a priezvisko / Obchodný názov	Rodné číslo / IČO			
Trvalý pobyt / Sídllo: Ulica, č. domu				
Obec	PSČ			
Tel. / Fax	E-mail	Platca DPH	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Vzťah k poistenému	Manžel / Manželka	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	
	Osoba žijúca s poisteným v čase poistnej udalosti v spoločnej domácnosti	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	

11. Vozidlo, ktoré bolo poškodené prevádzkou Vášho vozidla^{1), 2)}

Značka a typ	EČV / ŠPZ		
Vodič v čase nehody (meno a priezvisko)	Rodné číslo		
Trvalý pobyt / Sídllo: Ulica, č. domu, obec, PSČ			
Je vozidlo havarijne poistené?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	Pokiaľ áno, uveďte názov poisťovateľa
Rozsah poškodenia vozidla:			

12. Ďalšie vozidlá zúčastnené na nehode Áno Nie

Vlastník (priezvisko a meno / obchodný názov)	
Trvalý pobyt: Ulica, č. domu, obec, PSČ	
Značka a typ vozidla	EČV / ŠPZ

13. Došlo ku škode na zdraví? Áno Nie

Malo poranenie za následok smrť?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Meno a priezvisko zranenej osoby	Rodné číslo	
Trvalý pobyt: Ulica, č. domu, obec, PSČ		
Tel. / Fax	E-mail	
Ďalšie zranené osoby vo vozidle poškodeného, chodci, cyklisti a pod.		
Zranené osoby vo vozidle poisteného		

14. Došlo ku škode na cudzom majetku? Áno Nie

Poškodená vec			
Vlastník (priezvisko, meno / obchodný názov)			
Trvalý pobyt: Ulica, č. domu, obec, PSČ			
Vzťah k poistenému	Manžel / Manželka	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
	Osoba žijúca s poisteným v čase poistnej udalosti v spoločnej domácnosti	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie

15. Náhrada

Žiada poškodený náhradu škody?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	Pokiaľ áno, na aké číslo účtu, príp. adresu:
Žiadal poškodený náhradu škody od vás?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	Pokiaľ áno, uveďte v akej výške (v SKK):
Považujete nárok poškodeného za oprávnený?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	Pokiaľ áno, uveďte v akej výške (v SKK):
Bola už z vašej strany poskytnutá náhrada škody?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	Pokiaľ áno, uveďte v akej výške (v SKK):

16. Týmto splnomocňujem v zmysle § 53 a § 54 zákona č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok v znení neskorších predpisov (ďalej len „Trestný poriadok“) a § 17 zákona č. 71/1967 Zb. o správnom konaní (správny poriadok) v znení neskorších predpisov (ďalej len „Správny poriadok“) zamestnancov AXA poisťovna a.s. (ďalej len „AXA“), aby v súlade s § 69 Trestného poriadku a § 23 Správneho poriadku nazerali do spisov príslušných orgánov pre potreby likvidácie hore uvedenej poistnej udalosti, robili si z nich výpisky a poznámky a obstarávali si na svoje trovy kópie spisov a ich častí.

Upozornenie: AXA nie je a nebude viazaná záväzkami poistníka alebo poisteného, ktoré na seba prevzali bez predchádzajúceho súhlasu AXA, alebo záväzok bol prevzatý nad rámec stanovený právnymi predpismi. Bez súhlasu AXA neuzatvárajte dohodu o spôsobe náhrady škody.

Prehlasujem, že všetky údaje uvedené v tomto oznámení sú pravdivé, aktuálne a správne, a zároveň splnomocňujem AXA, aby za mňa prejednala náhradu škody s poškodeným a v súlade s právnymi predpismi, poistnými podmienkami a poistnou zmluvou uhradila poškodenému škodu.

Miesto	Dátum
Podpis (a pečiatka) poisteného / poistníka	

¹⁾ V prípade, že ide o jazdnú súpravu, vyplňte údaje k obom vozidlám.

²⁾ V prípade, že je svedkov nehody viac, uveďte ich, prosím, v označenej prílohe.

Vyplnené hlásenie zašlite, prosím, na adresu AXA poisťovna a.s., organizačná zložka Slovensko, Laurinská 18, 812 64 Bratislava.

9. Svedkovia nehody²⁾

Meno a priezvisko	<i>neboli</i>	Rodné číslo	/
Trvalý pobyt: Ulica, č. domu	/		
Obec	/	PSČ	/

10. Poškodený²⁾

Meno a priezvisko / Obchodný názov	<i>Lýdia Malá</i>	Rodné číslo / IČO	<i>776908/5555</i>			
Trvalý pobyt / Sídllo: Ulica, č. domu	<i>Anízová 3</i>					
Obec	<i>Bratislava</i>	PSČ	<i>821 07</i>			
Tel. / Fax	<i>0998 111 222</i>	E-mail	<i>lydia.mala@zoznam.sk</i>	Platca DPH	<input type="checkbox"/> Áno	<input checked="" type="checkbox"/> Nie
Vzťah k poistenému	Manžel / Manželka	<input type="checkbox"/> Áno	<input checked="" type="checkbox"/> Nie			
	Osoba žijúca s poisteným v čase poistnej udalosti v spoločnej domácnosti	<input type="checkbox"/> Áno	<input checked="" type="checkbox"/> Nie			

11. Vozidlo, ktoré bolo poškodené prevádzkou Vášho vozidla^{1), 2)}

Značka a typ	<i>VW Passat</i>	EČV / ŠPZ	<i>BA 000 GG</i>
Vodič v čase nehody (meno a priezvisko)	<i>nebol - parkujúce vozidlo</i>	Rodné číslo	/
Trvalý pobyt / Sídllo: Ulica, č. domu, obec, PSČ	/		
Je vozidlo havarijne poistené?	<input type="checkbox"/> Áno	<input checked="" type="checkbox"/> Nie	Pokiaľ áno, uveďte názov poisťovateľa
Rozsah poškodenia vozidla:			

poškriabaná a preličená ľavá strana auta - zadné dvere, zadný blatník

12. Ďalšie vozidlá zúčastnené na nehode Áno Nie

Vlastník (priezvisko a meno / obchodný názov)	/		
Trvalý pobyt: Ulica, č. domu, obec, PSČ	/		
Značka a typ vozidla	/	EČV / ŠPZ	/

13. Došlo ku škode na zdraví? Áno Nie

Malo poranenie za následok smrť?	<input type="checkbox"/> Áno	<input checked="" type="checkbox"/> Nie	
Meno a priezvisko zranenej osoby	/	Rodné číslo	/
Trvalý pobyt: Ulica, č. domu, obec, PSČ	/		
Tel. / Fax	/	E-mail	/
Ďalšie zranené osoby vo vozidle poškodeného, chodci, cyklisti a pod.	<i>nie</i>		
Zranené osoby vo vozidle poisteného	<i>nie</i>		

14. Došlo ku škode na cudzom majetku? Áno Nie

Poškodená vec	/		
Vlastník (priezvisko, meno / obchodný názov)	/		
Trvalý pobyt: Ulica, č. domu, obec, PSČ	/		
Vzťah k poistenému	Manžel / Manželka	<input type="checkbox"/> Áno	<input checked="" type="checkbox"/> Nie
	Osoba žijúca s poisteným v čase poistnej udalosti v spoločnej domácnosti	<input type="checkbox"/> Áno	<input checked="" type="checkbox"/> Nie

15. Náhrada

Žiada poškodený náhradu škody?	<input checked="" type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	Pokiaľ áno, na aké číslo účtu, príp. adresu:	<i>0978654321/0000</i>
Žiadal poškodený náhradu škody od vás?	<input type="checkbox"/> Áno	<input checked="" type="checkbox"/> Nie	Pokiaľ áno, uveďte v akej výške (v SKK):	<i>od poisťovne</i>
Považujete nárok poškodeného za oprávnený?	<input checked="" type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie	Pokiaľ áno, uveďte v akej výške (v SKK):	<i>vo výške opravy auta</i>
Bola už z vašej strany poskytnutá náhrada škody?	<input type="checkbox"/> Áno	<input checked="" type="checkbox"/> Nie	Pokiaľ áno, uveďte v akej výške (v SKK):	/

16. Týmto splnomocňujem v zmysle § 53 a § 54 zákona č. 301/2005 Z. z. Trestný poriadok v znení neskorších predpisov (ďalej len „Trestný poriadok“) a § 17 zákona č. 71/1967 Zb. o správnom konaní (správny poriadok) v znení neskorších predpisov (ďalej len „Správny poriadok“) zamestnancov AXA poisťovna a.s. (ďalej len „AXA“), aby v súlade s § 69 Trestného poriadku a § 23 Správneho poriadku nazerali do spisov príslušných orgánov pre potreby likvidácie hore uvedenej poistnej udalosti, robili si z nich výpisky a poznámky a obstarávali si na svoje trovy kópie spisov a ich častí.

Upozornenie: AXA nie je a nebude viazaná záväzkami poistníka alebo poisteného, ktoré na seba prevzali bez predchádzajúceho súhlasu AXA, alebo záväzok bol prevzatý nad rámec stanovený právnymi predpismi. Bez súhlasu AXA neuzatvárajte dohodu o spôsobe náhrady škody.

Prehlasujem, že všetky údaje uvedené v tomto oznámení sú pravdivé, aktuálne a správne, a zároveň splnomocňujem AXA, aby za mňa prejednala náhradu škody s poškodeným a v súlade s právnymi predpismi, poistnými podmienkami a poistnou zmluvou uhradila poškodenému škodu.

Miesto	<i>Bratislava</i>	Dátum	<i>03.09.2008</i>
Podpis (a pečiatka) poisteného / poistníka		<i>Filip Šikovný</i>	

¹⁾ V prípade, že ide o jazdnú súpravu, vyplňte údaje k obom vozidlám.

²⁾ V prípade, že je svedkov nehody viac, uveďte ich, prosím, v označenej prílohe.

Vyplnené hlásenie zašlite, prosím, na adresu AXA poisťovna a.s., organizačná zložka Slovensko, Laurinská 18, 812 64 Bratislava.