**Poisťovací ombudsman**

Slovenská asociácia poisťovní

Bajkalská 19B

821 01 Bratislava

Tel: +421 2 3210 1848, +421 2 3210 1849

e-mail: ombudsman@poistovaciombudsman.sk

|  |
| --- |
| web sídlo: [www.poistovaciombudsman.sk](http://www.poistovaciombudsman.sk) |
|  |
|  |
|  |

NÁVRH NA ZAČATIE ALTERNATÍVNEHO RIEŠENIA SPORU

1. **Údaje o  spotrebiteľovi**

|  |  |
| --- | --- |
| Meno a priezvisko: \* |  |
|  |  |
| Bydlisko: \* |  |
| Adresa na doručovanie(ak je iná ako bydlisko): |  |
| Emailová adresa: |  |
| Telefonický kontakt: |  |

 \* povinný údaj.

UPOZORNENIE: Anonymný návrh bude odmietnutý.

1. **Údaje o poisťovni[[1]](#footnote-1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Názov: |  |
| Sídlo (Adresa): |  |

1. **Časové údaje**

|  |  |
| --- | --- |
| **dátum** uplatnenia sťažnosti/ žiadosti o nápravu v poisťovni: |  |
| **dátum** vybavenia sťažnosti/ žiadosti o nápravu v poisťovni[[2]](#footnote-2): |  |

1. **Opis rozhodujúcich skutočností** (jasné a zrozumiteľné popísanie veci), **vrátane uvedenia informácie, že pokus o vyriešenie sporu priamo s poisťovňou bol bezvýsledný** (v prípade potreby pridajte ďalší list papiera)

|  |
| --- |
|  |

1. **Iné konania**

Vo veci, ktorej sa návrh týka bola podaná súdna žaloba, príp. už rozhodol súd alebo rozhodcovský súd alebo bola uzavretá dohoda o mediácií, príp. ukončené alternat. riešenie sporu pred iným subjektom.

|  |
| --- |
|  |

áno[[3]](#footnote-3)

|  |
| --- |
|  |

 nie

1. **Označenie, čoho sa spotrebiteľ návrhom domáha** (v prípade potreby pridajte ďalší list papiera)

|  |
| --- |
|  |

1. **Prílohy** (potrebné uviesť všetky dokumenty priložené k návrhu, najmä vyjadrenie poisťovne k jej namietanému konaniu alebo nečinnosti, prípadne dôkaz o tom, že spotrebiteľ kontaktoval poisťovňu bezvýsledne, ako aj všetky dôkazné materiály, napr. komplet poistnú zmluvu s jej poistnými podmienkami a zmluvnými dojednaniami, fotodokumentáciu, príp. písomné plnomocenstvo na zastupovanie)

|  |  |
| --- | --- |
| **1)** |  |
| **2)** |  |
| **3)** |  |
| **4)** |  |
| **5)** |  |
| **6)** |  |
| **7)** |  |

Dátum: Podpis:

**Vyhlásenia  podľa zákona č. 391/2015 Z. z. o alternatívnom riešení spotrebiteľských sporov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o ARSS“) :**

Týmto ....................................................................... (potrebné uviesť meno a priezvisko) vyhlasujem, že všetky uvedené údaje sú úplné, pravdivé,  správne a boli poskytnuté slobodne

Dolupodpísaný/á ďalej vyhlasujem, že som vo veci, ktorej sa návrh týka, nezaslal/a rovnaký návrh inému subjektu alternatívneho riešenia sporov, vo veci nerozhodol súd alebo rozhodcovský súd, vo veci nebola uzavretá dohoda o mediácii ani nebolo vo veci ukončené alternatívne riešenie sporu okrem ukončenia z dôvodu vyčiarknutia oprávnenej osoby zo zoznamu.

Týmto vyhlasujem, že som bol/a poučený/a o tom, že

1. strany sporu nemusia byť zastúpené právnym zástupcom,
2. strany sporu majú možnosť využiť nezávislé poradenstvo, zastupovanie alebo pomoc tretej osoby, a to na vlastné náklady,
3. začatím alternatívneho riešenia sporu nie je dotknuté moje právo domáhať sa ochrany mojich práv na súde,
4. mám možnosť ukončiť účasť na konaní v ktoromkoľvek jeho štádiu,
5. poisťovňa**1**, ktorá neposkytne subjektu alternatívneho riešenia sporov súčinnosť podľa § 15 ods. 2 zákona o ARSS sa dopustí správneho deliktu podľa § 27 ods. 2 tohto zákona a jej obchodné meno a sídlo alebo miesto podnikania môže byť zverejnené na webovom sídle Slovenskej asociácii poisťovní (ďalej aj „SLASPO“),
6. návrh bude odložený, ak napriek výzve neposkytnem súčinnosť potrebnú na alternatívne riešenie sporu.

Súhlasím, aby bol môj návrh vybavený v súlade s Pravidlami alternatívneho riešenia sporu Útvaru Ombudsmana, s ktorými som sa oboznámil.

Dátum: Podpis:

**Udelenie súhlasu so spracúvaním a poskytovaním osobných údajov a údajov tvoriacich predmet mlčanlivosti podľa § 72 Zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov**

Týmto ................................................................................... (potrebné uviesť meno a priezvisko) podľa zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o OOÚ“) ako dotknutá osoba dobrovoľne udeľujem výslovný súhlas SLASPO so sídlom Bajkalská 19B, 821 01 Bratislava, IČO 17054303 ako subjektu alternatívneho riešenia sporov (ďalej len „SLASPO“) na:

* spracovanie mojich osobných údajov za účelom evidencie, spracovania a vybavenia tohto návrhu a
* poskytnutie osobných údajov poisťovni, voči ktorej smeruje tento návrh za účelom spracovania a prešetrenia tohto návrhu,

a to v rozsahu všetkých osobných údajov uvedených v tomto návrhu a všetkých jeho prílohách na dobu prešetrenia tohto návrhu a na dobu do uplynutia piatich kalendárnych rokov nasledujúcich po kalendárnom roku, v ktorom bol podnet s konečným výsledkom prešetrený.

Tento písomný súhlas môžem kedykoľvek písomne odvolať.

Ako dotknutá osoba zároveň vyhlasujem, že som si vedomá svojich práv v zmysle zákona o OOÚ, a že mi boli poskytnuté všetky informácie podľa uvedeného zákona.

Týmto udeľujem poisťovni súhlas, aby poskytla SLASPO informácie a doklady o záležitostiach týkajúcich sa mojej osoby, ktoré sú predmetom mlčanlivosti podľa § 72 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve, v rozsahu potrebnom na prešetrenie tohto návrhu. Tento písomný súhlas môžem kedykoľvek písomne odvolať.

V súlade s ust. § 16 písm. a) zákona o OOÚ, týmto vyslovujem svoj súhlas so spracúvaním osobitnej kategórie osobných údajov týkajúcich sa zdravia mojej osoby, ktoré som SLASPO poskytol za účelom vybavenia môjho návrhu na začatie ARS podľa zákona č. 391/2015 Z. z. o alternatívnom riešení spotrebiteľských sporov a o zmene a doplnení niektorých zákonov. Súčasne súhlasím s tým, aby SLASPO získala a spracúvala za účelom vybavenia môjho návrhu aj ďalšie osobné údaje týkajúce sa zdravia mojej osoby od tretích osôb, pokiaľ to bude k riadnemu vybaveniu môjho návrhu nevyhnutné.

Dátum: Podpis:

1. Na účely tohto návrhu sa poisťovňou rozumie poisťovňa, poisťovňa z iného členského štátu, pobočka poisťovne z iného členského štátu, pobočka zahraničnej poisťovne, a to podľa Zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov. [↑](#footnote-ref-1)
2. V prípade, ak poisťovňa doposiaľ neodpovedala, je potrebné uviesť túto skutočnosť. [↑](#footnote-ref-2)
3. V prípade pozitívnej odpovede, konkretizujte konanie a priložte príslušné doklady. [↑](#footnote-ref-3)