

Wüstenrot poisťovňa, a. s.
Karadžičova 17
825 22 Bratislava 26
Tel.: 02/57889901
Fax: 02/57889383

SÚHLAS S POSKYTNUTÍM INFORMÁCIÍ O ZDRAVOTNOM STAVE

MENO A PRIEZVISKO:.....
RODNÉ ČÍSLO:

Súhlasím, aby môj ošetrojúci lekár MUDr., (ďalej len „ošetrojúci lekár“) poskytol písomne informácie týkajúce sa môjho aktuálneho zdravotného stavu a zdravotnej anamnézy spoločnosti Wüstenrot poisťovňa, a.s. Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, za účelom ocenenia zdravotného rizika z dôvodu uzatvárania životného poistenia.

Podpisom tohto súhlasu udeľujem ošetrojúcemu lekárovi súhlas na poskytnutie osobných údajov o mojom zdravotnom stave Wüstenrot poisťovni, a.s. vo forme vyhotovenia lekárskeho správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, či jej zapožičania v rozsahu potrebnom za účelom prijímania poistných rizík poisťovňou (uzavieranie a zmena poistnej zmluvy), ohodnocovania rizík a ich riadenia, správy poistných zmlúv, likvidácie poistných udalostí a poskytovania poistných plnení. Súhlas je platný po celú dobu platnosti poistnej zmluvy a po jej zániku až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poistných udalostí, ktoré trvajú po zániku poistnej zmluvy

Zároveň podpisom tohto súhlasu zbavujem na dobu poskytnutia tohto súhlasu ošetrojúceho lekára povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poisťovni, a.s..

vlastnoručný podpis

Za účelom vyžiadania si hore uvedených informácií zo strany Wüstenrot poisťovne, je **potrebné uviesť kompletnú poštovú adresu zdravotníckeho zariadenia/lekára**, od ktorého majú byť informácie vyžiadané.

Kontaktná adresa lekára/zdravotníckeho zariadenia:

Wüstenrot poisťovňa, a.s.

Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26 • e-mail: info@wuestenrot.sk • www.wuestenrot.sk • Telefón: 02/57 88 99 01
IČO: 31 383 408 • DIČ: 2020843561 • IČ DPH: SK2020843561
Zápis v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, odd. Sa, vložka č. 757/B