

z produktov: Cestovné poistenie do zahraničia a Individuálne zdravotné poistenie

Poistovňa:

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
 Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, SR, IČO: 31 383 408
 DIČ: 2020843561, IČ pre DPH: SK 2020843561
 Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 757/B
 www.wuestenrot.sk

Číslo poistnej zmluvy:

Nárokujete poistné plnenie z poistenia: liečebných výdavkov batožiny zodpovednosti za škodu

INFORMÁCIE O POISTENOM

Dátum platnosti poistenia od:		do:	
Priezvisko:		Meno:	
Titul:	Dátum narodenia:	Rodné číslo: /	
Adresa trvalého bydliska v SR (ak na tejto adrese nebyvate, uveďte, prosíme, korešpondenčnú adresu):			
			PSC:
Telefón		E-mail	
Názov a kód zdravotnej poisťovne v SR:			

ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI

(ak nestačí miesto na požadované údaje, uveďte ich vo zvláštnej prílohe)

Dátum škodovej udalosti:	Miesto:	Štát:
Ste súčasne poistený na rovnaké riziko inou poistnou zmluvou (napr. z platobnej karty)? Ak áno, uveďte aké:		
		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Oznámili ste škodovú udalosť asistenčnej službe?		
		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Došlo ku škodovej udalosti pod vplyvom alkoholu alebo iných návykových látok?		
		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Bola škodová udalosť vyšetrovaná políciou? Ak áno, priložte policajnú správu.		
		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Vznikla škoda cudzím zavinením? Ak áno, uveďte podrobnejšie informácie.		
		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Vznikla škoda pri dopravnej nehode? Ak áno, uveďte číslo konania:		
		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie

POISTENIE LIEČEBNÝCH VÝDAVKOV

O aké ochorenie alebo úraz išlo? Uveďte diagnózu (ak ju poznáte):
Uveďte podrobný popis, za akých okolností došlo k náhlemu ochoreniu alebo úrazu:
Trpeli ste pred začiatkom poistenia uvedeným ochorením?
<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Meno, adresa a telefón vášho praktického lekára v SR:
Meno, adresa a telefón príslušného špecialistu v SR (kardiológ, ortopéd, internista, gynekológ a pod.):

VÝŠKU VZNIKNUTEJ ŠKODY PREUKAZUJEM TÝMITO ORIGINÁLMI DOKLADOV

Nižšie, prosíme, uveďte sumy, ktoré žiadate preplatiť	Poistenému	Lekárovi, nemocnici, dopravcovi
Ambulantné ošetrenie		
Hospitalizácia		
Lieky		
Doprava		
Ostatné		
CELKOVO		

Pri políčkach s možnosťou voľby označte krížikom hodiaci sa variant, nehodiace sa škrtnite.

POISTENIE BATOŽINY

O aký typ škody ide:

Poškodenie

Zničenie

Odcudzenie

Uvedte podrobný popis, za akých okolností došlo ku škode a uvedte zoznam poškodených, zničených, resp. odcudzených vecí, ich dátum zadováženia a obstarávaciu cenu:

POISTENIE ZODPOVEDNOSTI ZA SPÔSOBENÚ ŠKODU

Informácie o poškodenej osobe

Priezvisko:		Meno:
Titul:	Dátum narodenia / IČO pri právnických osobách:	Názov spoločnosti pri právnických osobách:
Adresa trvalého bydliska / Sídlo spoločnosti:		PSČ:
Telefón:	E-mail:	

O aký typ škody ide:

Na zdraví

Na majetku

Uvedte podrobný popis, za akých okolností ku škode došlo:

Ste s poškodným v príbuzenskom vzťahu?

Áno

Nie

Žijete s poškodným v spoločnej domácnosti?

Áno

Nie

PRIPOISTENIE TECHNICKEJ POMOCI K MOTOROVÉMU VOZIDLU

Meno a priezvisko:		Číslo PZ:
Adresa trvalého bydliska v SR (ak na tejto adrese nebyvate, uvedte, prosíme, korešpondenčnú adresu):		PSČ:
Telefón	E-mail	
Druh vozidla:	EČV:	
Druh nároku:	Čiastka:	Komu sa čiastka hradí:
Krátky popis udalosti:		
Spôsob úhrady: poštová poukážka, bankový účet (uviesť číslo účtu):		Podpis:

ÚDAJE PRE ZASLANIE POISTNÉHO PLNENIA Poistné plnenie poukážte:

Poštovou poukážkou na adresu:

PSČ:

Na eurový bankový účet poisteného v:

Číslo účtu:

kód banky:

špec. symbol:

VYHLÁSENIA

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal/a pravdivo a úplne, že som k hlásenému úrazu alebo ochoreniu vyplnil/a iba toto oznámenie škodovej udalosti a že som si vedomý/á dôsledkov nesprávnych, skreslených alebo neúplných odpovedí na povinnosť poisťiteľa plniť. Súhlasím, aby si poisťiteľ vyžiadal všetku dokumentáciu o zdravotnom stave a priebehu liečenia poisteného pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti a zbavujem lekára sľubu mlčanlivosti. Ďalej zmocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť na vyhotovenie lekárskeho správy, výpisu zo zdravotníckej dokumentácie či na ich zapožičanie. Takisto súhlasím, aby si poisťiteľ pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti vyžiadal potrebné podklady na políciu, u správnych orgánov a v iných poisťovniach.

Počet listov príloh, ktoré prikladám:

.....
V

.....
Dňa

.....
Podpis poisteného alebo oprávneného zástupcu

Vyplnené hlásenie, prosíme, pošlite na adresu Wüstenrot poisťovňa, a.s., Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26