

## z produktu: Poistenie Úrazu a zodpovednosti

## 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.wuostenrot.sk

Číslo poisťnej zmluvy:

## 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):			
			PSČ:
Telefón:		E-mail	
Názov a kód zdravotnej poisťovne v SR:			

## INFORMÁCIE O ŽIADATEĽOVI

(vyplňte v prípade, že poistený nie je zhodný so žiadateľom)

Priezvisko:		Meno:	Titul:
Rodné číslo: /		Vzťah k poškodenému:	
Adresa trvalého bydliska v SR (ak na tejto adrese nebyvate, uveďte, prosíme, korešpondenčnú adresu):			
			PSČ:
Telefón:		E-mail	

## ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI

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

Dátum škodovej udalosti:	Miesto:	Štát:
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

## ÚRAZOVÉ POISTENIE

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom vám bolo poskytnuté prvé ošetrenie, prípadne ďalšia liečba:	Od:	Do:
Uveďte, prosíme, informácie o všetkých zdravotníckych zariadeniach v zahraničí a ve Slovenskej republike, kde ste boli (alebo stále ste) v súvislosti s úrazom ošetrený/á, liečený/á alebo hospitalizovaný/á.		
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	Od:	Do:
Meno lekára:	Odbornosť:	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	Od:	Do:
Meno lekára:	Odbornosť:	

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

Aké zranenie ste následkom úrazu utrpeli?

Ktorá časť tela bola poranená?

Mali ste viditeľné známky zranenia (rany, pomliaždeniny a pod.)?  
Ak áno, opíšte.

Áno

Nie

Pri končatinách a párových orgánoch označte stranu:

Pravá

Ľavá

Dominantná horná končatina je:

Pravá

Ľavá

Bola poranená časť tela postihnutá už pred úrazom?

Áno

Nie

Utrpeli ste v minulosti podobný úraz?  
Pokiaľ áno, popíšte.

Áno

Nie

Poruchy zdravia pred úrazom a ich súvislosť s úrazovým poškodením:

V prípade úrazu s následkom smrti priložte, prosím, kópiu úmrtného listu a originál lekárskej správy s uvedenou príčinou úmrtia.

## DOPLŇUJÚCE POZNÁMKY

## 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 poistiteľa 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 lekárskej správy, výpisu zo zdravotníckej dokumentácie či na ich zapožičanie.

Takisto súhlasím, aby si poisťiteľ pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti vyžiadal potrebné podklady na polícii, u správnych orgánov a v iných poisťovniach.

Počet listov príloh, ktoré prikladám: .....

.....  
V

.....  
Dňa

.....  
Podpis poisteného alebo žiadateľa

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