

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 5a, vložka č. 757/B • www.wuestenrot.sk

Z55 10/2015

OZNÁMENIE O HOSPITALIZÁCII V ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ Individuálne zdravotné poistenie

Číslo poistnej zmluvy

POISTENÝ

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu, PSČ	Tel. číslo	<input type="text"/>
Povolanie	Adresa zamestnávateľa	
Ste pravák alebo ľavák		
Meno, adresa lekára a zdravotníckeho zariadenia, kde je evidovaná vaša zdravotná dokumentácia:		
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z. ? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie V prípade kladnej odpovede uveďte v akom postavení:		
Ste poberateľom starobného dôchodku?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Ste poberateľom invalidného dôchodku?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Ste študentom denného vysokoškolského štúdia?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie
Ste žiakom základnej alebo strednej školy?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie

ÚDAJE O HOSPITALIZÁCII

Dátum prijatia do zdravotníckeho zariadenia:
Dátum prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia:
Pre akú príčinu ste boli hospitalizovaný(á):
Kedy sa Vám objavili prvé ťažkosti v súvislosti s ochorením, pre ktoré ste boli hospitalizovaný(á):
Boli ste v minulosti pre uvedené ťažkosti hospitalizovaný(á): <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak áno, uveďte kedy a adresu zdravotníckeho zariadenia:

PREHLÁSENIE A SPLNOMOCNENIE (vyplňa poistený alebo zákonný zástupca)

Prehlasujem že k hore uvedenej hospitalizácii som vyplnil(a) iba jedno oznámenie o hospitalizácii, v ktorom som uviedol(a) pravdivé a úplné údaje. Splnomocňujem poisťovňu na vyžiadanie akejkoľvek dokumentácie týkajúcej sa môjho zdravotného stavu.

Poistné plnenie poukážte:

<input type="checkbox"/> poštovou poukážkou	Meno a adresa:
<input type="checkbox"/> alebo na bankový účet	
IBAN príjemcu:	<input type="text"/>
SWIFT / BIC banky príjemcu:	<input type="text"/>
Prehlásenie zákonného zástupcu u maloletého poisteného: Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci môjho dieťaťa a som si vedomý(á) dôsledkov, keby toto prehlásenie nebolo pravdivé.	
Meno zákonného zástupcu:	Rodné číslo <input type="text"/>

V

dňa

podpis poisteného alebo zákonného zástupcu poisteného