

W DOBROM AJ V ZLOM

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
 Digital Park I, Einsteinova 21
 851 01 Bratislava, SR
 IČO: 31 383 408, DIČ: 2020843561
 IČ DPH: SK7120001559
 Obchodný register Mestského súdu
 Bratislava III, oddiel Sa, vložka č. 757/B
 www.wuestenrot.sk

OZNÁMENIE O ŠKODOVEJ UDALOSTI Z CESTOVNÉHO POISTENIA

06/2023

Nárokujete poistné plnenie z poistenia:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> liečebných nákladov/výdavkov | <input type="checkbox"/> batožiny/dokladov | <input type="checkbox"/> zodpovednosti za škodu |
| <input type="checkbox"/> technickej pomoci v zahraničí | <input type="checkbox"/> právnej pomoci | <input type="checkbox"/> meškania letu/dopravy/batožiny |
| <input type="checkbox"/> storna cesty, nevyužitej dovolenky, predčasného návratu | <input type="checkbox"/> zásahu Horskej záchranej služby v SR | <input type="checkbox"/> vyslania náhradného pracovníka |

INFORMÁCIE O POISTENOM

¹ Vyplniť iba v prípade, ak je iná ako adresa trvalého pobytu.

Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo
Adresa trvalého pobytu/ sídlo (ulica, č. domu)		Obec PSČ
Korešpondenčná adresa ¹		Obec PSČ
Názov/kód Zdravotnej poisťovne v SR	E-mail	Tel. číslo
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte v akom postavení		

ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI

Dátum škodovej udalosti	Miesto	Štát
Ste súčasne poistený na rovnaké riziko inou poisťnou zmluvou (napr. z platobnej karty)? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte aké		
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? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, priložte policajnú správu		
Vznikla škoda cudzím zavinením? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte podrobnejšie informácie		
Vznikla škoda pri dopravnej nehode? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte číslo konania		

POISTENIE LIEČEBNÝCH NÁKLADOV/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 ORIGINALMI DOKLADOV

Nižšie, prosíme, uvedte sumy, ktoré žiadate preplatiť	Poistenému	Lekárovi, nemocnici, dopravcovi
Ambulantné ošetrovanie		
Hospitalizácia		
Lieky		
Doprava		
Ubytovanie		
Ostatné		
CELKOVO		

POISTENIE BATOŽINY/DOKLADOVO 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 ŠKODU (Informácie o poškodenej osobe)

Meno, priezvisko, titul/Obchodné meno (ak ide o právnickú osobu)	Rodné číslo	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)/sídlo	Obec	PSČ	<input type="text"/>	
E-mail	Tel. číslo			

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 nieŽijete s poškodným v spoločnej domácnosti? áno nie**POISTENIE TECHNICKEJ POMOCI V ZAHRANIČÍ**

Krátky popis udalosti

Druh vozidla	EČV	Druh nároku
--------------	-----	-------------

POISTENIE PRÁVNEJ POMOCIVedie sa trestné konanie priestupkové konanie občianskoprávne konanieProti komu Ktorým orgánom

Krátky popis udalosti

POISTENIE MEŠKANIA LETU, DOPRAVY ALEBO BATOŽINY

Krátky popis udalosti

Druh zmeškaného dopravného prostriedku Dôvod omeškania Názov prepravnej spoločnosti Dátum a čas plánovaného odchodu/odletu o Dátum a čas skutočného odchodu/odletu o Uplatnili ste si nárok na náhradu voči dopravcovi? áno nie Ak áno, s akým výsledkom

POISTENIE STORNA CESTY, NEVYUŽITEJ DOVOLENKY, PREDČASNÉHO NÁVRATU individuálna cesta cesta organizovaná cestovnou kanceláriou

Krajina pobytu/cielová destinácia

Spôsob dopravy

Dátum odchodu/návratu

Dôvod storna cesty/nevyužitia dovolenky/predčasného návratu

Za cestu/bytovanie bolo uhradené

€; z toho bolo vrátené

€; nevratné storno poplatky

€

POISTENIE PRE ZÁSAH HORSKEJ ZÁCHRANNEJ SLUŽBY V SR

Krátky popis udalosti

Druh zásahu HZS

 pátranie transport vyslobodenie preprava pozostatkovBoli voči Vám uplatnené náklady HZS áno nie Ak áno, v akej výške?**POISTENIE VYSLANIA NÁHRADNÉHO PRACOVNÍKA**

Meno a priezvisko náhradného pracovníka

 repatriácia preprava telesných pozostatkov

Miesto v SR, odkiaľ bol náhradný pracovník vyslaný

Výška nákladov na vyslanie náhradného pracovníka

€

ÚDAJE PRE ZASLANIE POISTNÉHO PLNENIA Adresát poistného plneniaMeno, priezvisko, titul/
Obchodné meno

Sídlo

Poistné plnenie zaslať

 poštovou poukážkou bankovým prevodom

Číslo bankového účtu IBAN

SWIFT/BIC

 PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU U MALOLETÉHO POISTENÉHO

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci môjho dieťaťa a som si vedomý dôsledkov, keby toto prehlásenie nebolo pravdivé.

Meno zákonného zástupcu

Rodné číslo

 /

Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.?

 áno nie

Ak áno, uveďte v akom postavení

.....
miesto a dátum.....
podpis poisteného/zákonného zástupcu maloletého poisteného
alebo oprávnenej osoby**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 poistiteľ 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 správ, výpisu zo zdravotníckej dokumentácie či na ich zapožičanie. Takisto súhlasím, aby si poistiteľ pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti vyžiadal potrebné podklady na polícii, u správnych orgánov, v zdravotných poisťovniach a v iných poisťovniach. V prípade, že ide o škodovú udalosť neplnoletého dieťaťa a toto Oznámenie o škodovej udalosti z cestovného poistenia podávam ako zákonný zástupca neplnoletého dieťaťa, čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci môjho dieťaťa a som si vedomý dôsledkov, keby toto prehlásenie nebolo pravdivé.

Počet listov príloh, ktoré prikladám

.....
miesto a dátum.....
podpis poisteného/zákonného zástupcu alebo oprávnenej osoby