

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

0ZNA MENIE O ŠKODOVEJ UDALOSTI V ZAHRANIČÍ

06/2023

Z CESTOVNÉHO POISTENIA DO ZAHRANIČIA A INDIVIDUÁLNEHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA

Nárokujete poistné plnenie z poistenia:

 liečebných nákladov/výdavkov

 batožiny/dokladov

 zodpovednosti za škodu

INFORMÁCIE O POISTENOM

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

Dátum platnosti poistenia od <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/> do <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	
Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo <input type="text"/> / <input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu v SR/ sídlo (ulica, č. domu)	Obec <input type="text"/> PSČ <input type="text"/>
Korešpondenčná adresa ¹	Obec <input type="text"/> PSČ <input type="text"/>
Tel. číslo	E-mail <input type="text"/>
Názov a kód zdravotnej poisťovne v SR	

ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI

Ak nestačí miesto na požadované údaje, uveďte ich vo zvlášťnej prílohe.

Dátum škodovej udalosti <input type="text"/> . <input type="text"/> . <input type="text"/>	Miesto <input type="text"/>	Štát <input type="text"/>
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? áno 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/IČO
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 K MOTOROVÉMU VOZIDLU**

Meno, priezvisko, titul	Číslo PZ	
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)/sídlo	Obec	PSČ <input type="text"/>
E-mail	Tel. číslo	
Druh vozidla	EČV	Druh nároku
Čiastka	Komu sa čiastka hradí	

Krátky popis udalosti

ÚDAJE PRE ZASLANIE POISTNÉHO PLNENIA

Poistné plnenie zaslať poštovou poukážkou bankovým prevodom

Číslo účtu IBAN SWIFT/BIC banky príjemcu

Špecifický 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 lekárskeho správ, 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

.....
miesto a dátum

.....
podpis poisteného/zákonného zástupcu alebo oprávnenej osoby