

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

06/2023

**ZOZNÁMENIE O ŠKODOVEJ UDALOSTI V ZAHRANIČÍ**  
 Z POISTENIA LIEČEBNÝCH NÁKLADOV Z PRODUKTU POISTENIE ÚRAZU A ZODPOVEDNOSTI

**INFORMÁCIE O POISTENOM**<sup>1</sup>Vyplniť iba v prípade, ak je iná ako adresa trvalého pobytu.

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

**INFORMÁCIE O ŽIADATEĽOVI**

Vyplniť v prípade, že poistený nie je zhodný so žiadateľom.

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo <input type="text"/> / <input type="text"/>		
Adresa trvalého pobytu v SR/ sídlo (ulica, č. domu)	Obec	PSČ <input type="text"/>	
Korešpondenčná adresa <sup>1</sup>	Obec	PSČ <input type="text"/>	
Tel. číslo	E-mail		

**ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI**

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

Dátum škodovej udalosti	<input type="text"/>	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? Ak áno, priložte policajnú správu			<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
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			

**ÚRAZOVÉ POISTENIE**

V ktorom zdravotníckom zariadení vám bolo poskytnuté prvé ošetrenie, prípadne ďalšia liečba?	od <input type="text"/>	do <input type="text"/>
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia		
Uveďte, prosíme, informácie o všetkých zdravotníckych zariadeniach v zahraničí a v SR, kde ste boli (alebo stále ste) v súvislosti s úrazom ošetrený/á, liečený/á alebo hospitalizovaný/á.		
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia		
Meno lekára a jeho odbornosť	od <input type="text"/>	do <input type="text"/>
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia		
Meno lekára a jeho odbornosť	od <input type="text"/>	do <input type="text"/>

**VÝŠKU VZNIKNUTEJ ŠKODY PREUKAZUJEM TÝMITO ORIGINÁLMI DOKLADOV**

Aké zranenie ste následkom úrazu utrpeli?

Ktorá časť tela bola poranená?

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

 áno  nie

Ak áno, opíšte

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?

 áno  nie

Ak áno, opíšte

Poruchy zdravia pred úrazom a ich súvislosť s úrazovým poškodením

 áno  nie**DOPLŇUJÚCE POZNÁMKY****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 alebo žiadateľa