

wüstenrot

W DOBROM AJ V ZLOM

Variabilný symbol

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
 Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, SR
 IČO: 31 383 408, DIČ: 2020843561,
 IČ pre DPH: SK 7120001559
 Obchodný register Okresného súdu
 Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 757/B
 www.wuestenrot.sk

Vyhlásenie ďalšieho poisteného

Meno, priezvisko, titul

Rodné číslo

Dátum narodenia

Potvrdzujem, že som osobne odpovedal Wüstenrot poisťovni, a.s. pri uzatváraní poistnej zmluvy rizikového životného poistenia W dobrom živote prostredníctvom internetu na všetky otázky týkajúce sa dojednávaneho poistenia, a že odpovede ktoré som uviedol sú úplné a pravdivé.

Podpisom tohto vyhlásenia udeľujem súhlas Wüstenrot poisťovni, a.s., aby podľa potreby preverovala môj zdravotný stav u lekárov a v zdravotníckych zariadeniach, v ktorých som sa liečil, liečim alebo sa budem liečiť. Súhlas je platný po celú dobu platnosti poistnej zmluvy a po jej zániku až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poistných udalostí, ktoré trvajú po zániku poistnej zmluvy. Zároveň na tieto účely zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť voči Wüstenrot poisťovni, a.s., všetkých lekárov, ktorí ma liečili, alebo s ktorými som konzultoval svoj zdravotný stav a splnomocňujem Wüstenrot poisťovňu, a.s., na získavanie alebo preskúvanie údajov o zdravotnom stave alebo príčine smrti, na obstarávanie údajov o zdravotnom stave a zdravotnej anamnéze zo zdravotnej dokumentácie a na získavanie údajov z lekárskej správy Sociálnej poisťovne a z výpisu účtu poistenca zdravotnej poisťovne. Poisťovňa je oprávnená požiadať ma aj o nahliadnutie do mojej zdravotnej dokumentácie a podľa potreby aj o úradné overenie môjho podpisu na plnomocenstve.

Podpisom tohto vyhlásenia udeľujem súhlas Wüstenrot poisťovni, a.s., na spracúvanie osobných údajov o mojom zdravotnom stave, ktoré sú uvedené v Zdravotnom dotazníku, vo vyhotoveniach lekárskej správy, výpisov zo zdravotnej dokumentácie, alebo vyplynú z jej zapožičania a ktorých spracúvanie je nevyhnutné na účely likvidácie poistných udalostí a poskytovania poistných plnení, vrátane poskytovania týchto osobných údajov zmluvnej zaistovni so sídlom v zahraničí za účelom uplatnenia plnení zo zaistenia a ich poskytovaní alebo sprístupňovania tretím osobám za účelom získavania znaleckých posudkov alebo odborných stanovísk pre potreby likvidácie poistnej udalosti, za účelom domáhania sa práv poisťovne a za účelom získavania dôkazných prostriedkov pre potreby mimosúdneho alebo súdneho konania, ak je predmetom takehoto konania spor o existenciu práva na poistné plnenie alebo jeho výšku (najmä súkromný znalecký posudok podľa § 209 zákona č. 160/2015 Z.z. Civilný sporový poriadok). Súhlas poskytujem na dobu platnosti poistnej zmluvy, z ktorej sa uplatňuje právo na poistné plnenie a na dobu nevyhnutnú pre výkon práv a povinností stanovených zákonom poisťovni; po uvedenú dobu nie som oprávnený súhlas účinne odvolať.

.....
 dátum a miesto

.....
 podpis poisteného