

**wüstenrot**

ŽIVOT SA MENÍ RÝCHLO

Wüstenrot poisťovňa, a.s.  
 Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, SR  
 IČO: 31 383 408, DIČ: 2020843561,  
 IČ DPH: SK7120001559  
 Obchodný register Okresného súdu  
 Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 757/B  
 www.wuestenrot.sk

Variabilný symbol

## Vyhlásenie druhého poisteného

**Meno, priezvisko, titul** .....

**Rodné číslo** .....

**Dátum narodenia** .....

Potvrdzujem, že som osobne odpovedal Wüstenrot poisťovni, a.s. pri uzatváraní poisťovnej zmluvy rizikového poistenia Hodnota života 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 poisťovnej zmluvy a po jej zániku až do skončenia likvidácie akýchkoľvek poisťovných udalostí, ktoré trvajú po zániku poisťovnej 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.

.....  
 dátum a miesto

.....  
 podpis druhého poisteného