

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

GDPR 09/2025

Z54

OZNÁMENIE O LIEČENÍ NÁSLEDKOV ÚRAZU

! UPOZORNENIE: V prípade úrazu spolupoisteného dieťaťa je pre posúdenie nároku na poistné plnenie potrebné priložiť k Oznámeniu o liečení následkov úrazu fotokópiu rodného listu spolupoisteného dieťaťa.

ÚDAJE O POISTENOM, PRÍP. O SPOLUPOISTENOM DIEŤATI

Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo
Dátum narodenia	Druh a číslo dokladu totožnosti	Štátna príslušnosť
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo	Obec	PSČ
Telefón	E-mail	
Zamestnanie (uvedte druh pracovnej činnosti a zamestnávateľa)		
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z. ? ☐ áno ☐ nie V prípade kladnej odpovede uvedte v akom postavení		
Ak ide o škodovú udalosť dieťaťa, na otázku odpovedajte v časti Prehlásenie zákonného zástupcu u maloletého poisteného.		
Svojím podpisom potvrdzujem, že mám miesto narodenia v USA, som štátny občan USA, mám daňovú povinnosť v USA. ☐ áno ☐ nie		
Číslo poistných zmluv, ktorými ste poistený pre prípad úrazu		

ÚDAJE O ÚRAZE

- Kedy a kde došlo k úrazu? (deň, mesiac, rok, čas, miesto)
- Podrobne a súvisle opíšte činnosť, spôsob a okolnosti vzniku úrazu
- Bližšie opíšte zdroj, ktorý bol príčinou úrazu
- Ktorá časť tela bola poranená?
- Adresa zdravotníckeho zariadenia
Kde Vám poskytli prvé ošetrovanie a kedy
Dátum začiatku lekárskeho liečenia následkov úrazu
Dátum ukončenia nevyhnutného lekárskeho liečenia následkov úrazu
- Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom? ☐ áno ☐ nie Ako?
- Došlo k úrazu pri výkone povolania alebo v priamej súvislosti s ním? ☐ áno ☐ nie Ak áno, uvedte pracovisko, kde k úrazu došlo a činnosť, ktorú ste vykonávali
- Došlo k úrazu pri činnosti mimo výkonu povolania? ☐ áno ☐ nie Ak áno, označte krížikom zdroj úrazu

☐ opravárska a údržbárska činnosť; manipulácia so strojmi, náradím alebo materiálom	☐ pri doprave alebo v súvislosti s ňou	☐ pri športe
☐ pobyt a práce v domácnosti alebo v okolitom príslušenstve	☐ v škole alebo pri akcii organizovanej školou	☐ pri podnikateľskej činnosti
☐ pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej a inej činnosti	☐ vlastný dopravný prostriedok, vlastné zavinenie	☐ pri inej činnosti mimo povolania

9. Mená a adresy prípadných svedkov úrazu

10. Prípad vyšetroval (orgán, adresa, prípadne meno)

11. Ak ide o úraz motorovým vozidlom, uveďte

Druh a továrenskú značku vozidla ŠPZ

Meno a adresa vodiča

Meno a adresa vlastníka motorového vozidla

POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA ALEBO ORGANIZÁCIE

V prípade, že k úrazu došlo pri pracovnej činnosti, alebo v priamej súvislosti s ním

V dňa

Pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)

PREHLÁSENIE A SPLNOMOCNENIE (vyplňuje poistený alebo zákonný zástupca)

Prehlasujem, že k hore uvedenému úrazu som vyplnil(a) iba jedno oznámenie o liečení následkov úrazu, v ktorom som uviedol(a) pravdivé a úplné údaje. Zároveň prehlasujem, že disponujem súhlasom každej dotknutej osoby uvedenej na tomto tlačive so spracúvaním jej osobných údajov poisťovateľom, a to na účel zabezpečenia likvidácie oznámenej škodovej udalosti. Rovnako prehlasujem, že viem preukázať, že tieto dotknuté osoby vyjadrili súhlas so spracúvaním osobných údajov. Splnomocňujem poisťovňu na vyžiadanie akejkoľvek dokumentácie týkajúcej sa vzniku a liečenia môjho telesného poškodenia a zdravotného stavu. Prehlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že som sa oboznámil(a) s Informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou tohto Oznámenia o liečení následkov úrazu.

☐ poistné plnenie poukážete na bankový účet

IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SWIFT/BIC banky

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Upozornenie: V prípade, ak je výplata poistného plnenia vo výške rovnjej alebo vyššej ako 1 000 eur a príjmom poistného plnenia je osoba, ktorá nie je identifikovaná na uzatvorenej poistnej zmluve, z ktorej vzniká právo na poistné plnenie, menom, priezviskom, rodným číslom a adresou, môže poisťovňa pred vyplatením poistného plnenia požadovať úradné overenie jej podpisu.

ÚDAJE O ZÁKONNOM ZÁSTUPCOVI MALOLETÉHO POISTENÉHO/SPOLUPOISTENÉHO PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU U MALOLETÉHO POISTENÉHO

Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo
Dátum narodenia	Druh a číslo dokladu totožnosti	Štátna príslušnosť
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo (sídlo)	Obec	PSČ
Telefón	E-mail	
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z. ? ☐ áno ☐ nie V prípade kladnej odpovede uveďte v akom postavení		
Svojím podpisom potvrdzujem, že mám miesto narodenia v USA, som štátny občan USA, mám daňovú povinnosť v USA. ☐ áno ☐ nie		
Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci môjho dieťaťa a som si vedomý dôsledkov, keby toto prehlásenie nebolo pravdivé.		

V dňa

Podpis poisteného

Podpis zákonného zástupcu
maloletého poisteného

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA O PRIEBEHU LIEČENIA NÁSLEDKOV ÚRAZU

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že úrazom, postihnutá osoba uvedená v tejto správe, bola ošetrovaná a liečená lekármi, v zdravotníckych zariadeniach, spôsobom a v termínoch uvedených nižšie. Tlačivo poisťovne môže vyplniť iba odborný ošetrojúci lekár, ktorý nie je v príbuzenskom vzťahu s úrazom postihnutou osobou, uvedenou v tejto správe.

ÚDAJE O ÚRAZOM POSTIHNUTEJ OSOBE

Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo	Obec	PSČ
Telefón	E-mail	

Kedy a kde došlo k úrazu? (dátum, čas, miesto)

Podrobne a súvisle opíšte činnosť, spôsob a okolnosti vzniku úrazu

Kedy došlo podľa zdravotnej dokumentácie k prvému lekárskemu ošetrovaniu? Dňaohod.

Diagnóza úrazu a podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu

V akom časovom rozmedzí prebiehalo priame nevyhnutné lekárske liečenie telesného poškodenia po úraze? (časové rozmedzie uveďte prosím v tvare deň, mesiac, rok začiatku a konca liečby) od do

Podrobne popíšte časovú následnosť jednotlivých krokov liečenia telesného poškodenia, spôsob a druh liečenia, meno lekára a zdravotníckeho zariadenia, kde liečenie prebiehalo. V prípade nedôkladného vyplnenia, priložte prosím kópie lekárskeho správ ohľadom liečenia predmetného úrazu

Dátum ošetrenia	Objektívny nález	Spôsob ošetrenia	Meno lekára a adresa zdravotníckeho zariadenia

Prebiehala počas liečenia nevyhnutná liečebná rehabilitácia? ☐ individuálna ☐ v zdravotníckom zariadení

V prípade rehabilitácie v zdravotníckom zariadení prosím uveďte meno rehabilitačného lekára a zdravotníckeho zariadenia

V ktorých dňoch absolvoval klient rehabilitačné procedúry (uveďte v tvare deň, mesiac, rok) a k jednotlivým dňom uveďte druhy absolvovaných procedúr

Uveďte objektívne nálezy pri vyšetreniach pred, počas a po ukončení rehabilitácie klienta

Bola liečba úrazu optimálna alebo sprevádzaná komplikáciami? Ak áno, akými?

Je lekárska liečba následkov úrazu ukončená?

Boli doba a spôsob liečenia následkov úrazu ovplyvnené predchádzajúcim poškodením orgánu? Ak áno, v ako rozsahu?

- Národná banka Slovenska
- a ďalšie osoby, ktoré poskytujú služby pre Wüstenrot na základe zmluvy o spracúvaní osobných údajov. Konkrétny priebežne aktualizovaný zoznam príjemcov nájdete na www.wuestenrot.sk v časti Ochrana osobných údajov

5. Doba uchovávania osobných údajov

Wüstenrot je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb po dobu stanovenú zákonom č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve t. j. počas trvania poistenia a po zániku poistenia po dobu 10 rokov od skončenia zmluvného vzťahu v zmysle príslušných právnych predpisov. Spracúvanie osobných údajov v prípade udelenia súhlasu je možné len počas doby, na ktorú bol súhlas udelený.

6. Práva dotknutej osoby

- právo na prístup a na informácie k svojim osobným údajom,
- právo na opravu osobných údajov,
- právo na vymazanie osobných údajov (právo „na zabudnutie“),
- právo na obmedzenie spracúvania osobných údajov,
- právo na prenosnosť osobných údajov,
- právo namietat' proti spracúvaniu osobných údajov,
- právo na neúčinnosť automatizovaného individuálneho rozhodovania vrátane profilovania.

- právo odvolať súhlas (ak je súhlas právnym základom spracúvania)
- právo podať sťažnosť dozornému orgánu, t. j. Úradu na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky

Dotknutá osoba si uvedené práva uplatňuje v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov a ďalšími príslušnými právnymi predpismi. Voči Wüstenrotu si dotknutá osoba môže svoje práva uplatniť prostredníctvom písomnej žiadosti alebo elektronickými prostriedkami. V prípade, že dotknutá osoba požiada o ústne poskytnutie informácií, informácie sa môžu takto poskytnúť za predpokladu, že dotknutá osoba preukázala svoju totožnosť.

7. Profilovanie a automatizované rozhodovanie pri spracúvaní osobných údajov

Wüstenrot vykonáva v rámci svojej činnosti aj tzv. profilovanie, čiže automatizované spracúvanie vo vybraných procesoch. Automatizované spracúvanie je také spracúvanie osobných údajov, pri ktorom sú používané výhradne automatické informačné systémy, napríklad softvér, elektronické kalkulačky a pod. na účel riadneho uzavretia poisťnej zmluvy, kalkulácie poisťného a správy poisťnej zmluvy.

Aktuálne informácie sú zverejnené na webovej stránke www.wuestenrot.sk v časti Ochrana osobných údajov a tiež na obchodných miestach Wüstenrotu.