wüstenrot
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

Nevpisujte text - miesto pre podateľňu

Nevpisujte text - miesto pre čiarový kód

OZNÁMENIE O ÚRAZE

GDPR 01/2026 Z54

! UPOZORNENIE: V prípade úrazu spolupoisteného dieťaťa je pre posúdenie nároku na poistné plnenie potrebné priložiť k Oznámeniu o úraze 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 (uveďte druh pracovnej činnosti a zamestnávateľa, príp. uveďte, či ste SZČO, študentom denného štúdia strednej alebo vysokej školy, nezamestnaným, na materskej alebo rodičovskej dovolenke, starobným alebo invalidným dôchodcom)

Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z. ? ☐ áno ☐ nie V prípade kladnej odpovede uveďte 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

Miesto narodenia (Obec/mesto narodenia)[1]

Štát narodenia[1]

Daňové identifikačné číslo alebo identifikačné číslo používané v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely[2]
(v prípade občanov SR s trvalým pobytom na území SR uviesť len vtedy, ak Slovenská republika nie je štátom daňovej rezidencie klienta)

Označenie štátu daňovej rezidencie[3]

Čísla poistných zmluv, ktorými ste poistený pre prípad úrazu

ÚDAJE O ÚRAZE

1. Kedy a kde došlo k úrazu? (dátum, čas, miesto)
2. Podrobne a súvisle opíšte činnosť, spôsob a okolnosti vzniku úrazu
3. Ktorá časť tela bola poranená?
4. Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom? ☐ áno ☐ nie Ako?
5. Adresa zdravotníckeho zariadenia

   Kde Vám poskytli prvé ošetrenie a kedy? .....

   Kde ste sa liečili? .....

   Meno a adresa lekára v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu .....
6. Došlo k úrazu pri výkone povolania alebo v priamej súvislosti s ním? ☐ áno ☐ nie Ak áno, uveďte pracovisko, kde k úrazu došlo a činnosť, ktorú ste vykonávali

7. 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
☐ pobyt a práce v domácnosti alebo v okolitom príslušenstve
☐ pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej a inej činnosti
☐ pri doprave alebo v súvislosti s ňou
☐ v škole alebo pri akcii organizovanej školou
☐ vlastný dopravný prostriedok, vlastné zavinenie
☐ pri športe
☐ pri podnikateľskej činnosti
☐ pri inej činnosti mimo povolania

8. Bližšie opíšte zdroj, ktorý bol príčinou úrazu

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 úraze, 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 svojim podpisom potvrdzujem, že som sa oboznámil(a) s Informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou tohto Oznámenia o úraze.

☐ **poistné plnenie poukážte na bankový účet**

IBAN ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

SWIFT/BIC banky ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Upozornenie: V prípade, ak je výplata poistného plnenia vo výške rovnej alebo vyššej ako 1 000 eur a príjemcom 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

Miesto narodenia (Obec/mesto narodenia)[1]

Štát narodenia[1]

Daňové identifikačné číslo alebo identifikačné číslo používané v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely[2] (v prípade občanov SR s trvalým pobytom na území SR uviesť len vtedy, ak Slovenská republika nie je štátom daňovej rezidencie klienta)
Označenie štátu daňovej rezidencie[3]
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

wüstenrot
W DOBROM AJ V ZLOM

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Tlačivo poisťovne môže vyplniť iba odborný ošetrujúci lekár, ktorý nie je v príbuzenskom vzťahu s úrazom postihnutou osobou, uvedenou v tejto správe.

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 ošetreniu? Dňa .....o .....hod.

Diagnóza úrazu

Podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu

Spôsob a druh ošetrenia (podrobne opíšte)

RTG nález opisom

Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie vrátane jeho rozsahu úrazovému deju, ako je uvedený na prednej strane tohto oznámenia? ☐ áno ☐ nie

Nastal úraz následkom požitia alkoholu, alebo vplyvom toxických látok? ☐ áno ☐ nie V krvi bolo zistené .....‰ alkoholu.

O aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo?

Aké boli zistené príznaky opitosti, resp. toxických látok?

Bol poranený úd alebo orgán už pred úrazom funkčne postihnutý? ☐ áno ☐ nie Ako?

V akom rozsahu?

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? ☐ áno ☐ nie

Pravdepodobne akého druhu a rozsahu?

Vážený pán doktor, pre posúdenie nároku na poistné plnenie sú potrebné informácie o liečení a zdravotnom stave poisteného, príp. spolupoisteného dieťaťa, o ktoré Vás touto cestou prosíme. Písomný súhlas poisteného so sprístupnením uvedených informácií je uvedený na prvej strane tlačiva. Po presnom a úplnom vyplnení a podpísaní tohto tlačiva Vám vzniká právo na odmenu vo výške 5,00 €. Pre možnú výplatu odmeny je potrebné uviesť číslo Vášho bankového účtu - (IBAN).
Upozornenie: V prípade nepresného alebo neúplného vyplnenia údajov alebo nedoloženia požadovanej dokumentácie, nevzniká nárok na vyššie popísanú odmenu.

V ..... dňa .....

Meno a priezvisko lekára .....

Adresa zdravotného zariadenia .....

.....

Vyhlasujem, že nie som v príbuzenskom vzťahu s úrazom postihnutou osobou uvedenou na tomto oznámení.

.....
Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

IBAN lekára ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐ ☐☐

SWIFT/BIC banky lekára ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

INFORMÁCIE O SPRACÚVANÍ OSOBNÝCH ÚDAJOV

1. Prevádzkovateľ osobných údajov

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
sídlo: Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 31 383 408, spoločnosť je zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Sa, vložka č.: 757/B (ďalej len „Wüstenrot").
Wüstenrot má zodpovednú osobu za ochranu osobných údajov, ktorá dohliada na riadne spracúvanie osobných údajov a na ktorú sa môžete kedykoľvek obrátiť, a to písomne na adrese Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava, alebo elektronicky na adrese DPO@wuestenrot.sk.

2. Účely spracúvania osobných údajov zo strany Wüstenrot

- uzatváranie, evidencia a správa poistných zmlúv, vrátane starostlivosti o klienta (napr. klientsky portál)
- zaistenie
- likvidácia poistných udalostí
- riešenie sťažností
- aktívne súdne spory, pasívne súdne spory, mimosúdne vymáhanie pohľadávok
- reporting, výpočet kapitálových požiadaviek,
- štatistické spracovanie
- riadenie rizika podvodu, oznamovanie protispoločenskej činnosti
- evidencia hlásení o neobvyklých obchodných operáciách a ich vybavenie
- identifikácia klienta a jeho zástupcov na účely vykonania starostlivosti vo vzťahu ku klientovi
- spracúvanie osobných údajov v rámci účtovníctva
- ponuka produktov a služieb v rámci marketingu, spotrebiteľské súťaže
- správa registratúry
- výkon vnútorného auditu, výkon súladu s predpismi, výkon riadenia rizík
- spracúvanie osobných údajov na účely predchádzania a odhaľovania legalizácie príjmov z trestnej činnosti a financovania terorizmu.

3. Právny základ

Právnym základom na spracúvanie osobných údajov je štandardne plnenie zákonnej povinnosti (najmä zákon č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákon č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 395/2002 Z. z. o archívoch a registratúrach a o doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 359/2015 Z. z. o automatickej výmene informácií o finančných účtoch na účely správy daní a zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov), uzatvorenie, správa a plnenie poistnej zmluvy, oprávnený záujem, ktorým je ochrana práv a právom chránených záujmov Wüstenrot (najmä účel riadenia rizika podvodu) a súhlas (najmä pre účely marketingu, spotrebiteľské súťaže).
Ak klient odmietne poskytnúť Wüstenrotu osobné údaje požadované na základe zákona, je Wüstenrot povinný s ním odmietnuť uzatvoriť poistnú zmluvu.

4. Kategórie príjemcov, ktorým môžu byť poskytnuté osobné údaje

- finanční agenti
- poskytovatelia IT služieb
- asistenčné spoločnosti
- zaisťovne
- advokátske kancelárie
- posudkoví lekári
- orgány verejnej moci
- znalci
- Slovenská asociácia poisťovní
- 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 svojím 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 namietať 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 poistnej zmluvy, kalkulácie poistného a správy poistnej zmluvy.

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

VYSVETLIVKY
[1] Vyplňte len ak SR nie je štát Vašej daňovej rezidencie
[2] Daňové identifikačné číslo alebo identifikačné číslo používané v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely klient uvedie, ak mu bolo pridelené. V prípade, ak klient nemá vedomosť o pridelení daňového identifikačného čísla alebo identifikačného čísla používaného v členskom štáte EÚ alebo zmluvnom štáte na daňové účely, je povinný túto skutočnosť overiť a v prípade jeho získania bezodkladne tento údaj písomne doručiť poisťovni.
[3] Označenie štátu daňovej rezidencie – štát, v ktorom klient platí dane zo svojich celosvetových príjmov.