

**SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA
TRVALÉ NÁSLEDKY PO ÚRAZE (po uplynutí roka odo dňa úrazu)**

Wüstenrot poisťovňa, a.s., Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, SR, IČO: 31 383 408, Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 757/B

Tlačivo poisťovne môže vyplniť iba odborný ošetrojúci lekár, ktorý nie je v príbuzenskom vzťahu s úrazom postihnutou osobou, uvedenou na tomto oznámení.

ÚDAJE O POISTENOM, príp. O SPOLUPOISTENOM DIEŤATI

Meno a priezvisko:	Rodné číslo:	Telefón:
Adresa bydliska:		PSČ:

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.

Čísla poistných zmluv, ktorými ste poistený pre prípad úrazu:

Spĺnomocňujem Wüstenrot poisťovňu, a.s., aby vyžiadala potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave a zbavujem zdravotných pracovníkov záväzku mlčanlivosti.

Poistné plnenie poukážte na: Meno a adresu:

alebo na: Bankový účet:

Kód banky:

Vedený v:

Prehlásenie zákonného zástupcu u maloletého poisteného:

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci môjho dieťaťa a som si vedomý dôsledkov, keby toto prehlásenie nebolo pravdivé.

Meno zákonného zástupcu:	Rodné číslo:
--------------------------	--------------

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

V dňa podpis poisteného / zákonného zástupcu maloletého poisteného

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval vyššie uvedeného postihnutého úrazom a zistil telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu:

Kedy došlo (podľa zdravotnej dokumentácie) k prvému lekárskeму ošetreniu?

Dňaohod.

Diagnóza úrazu:

Podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:

Spôsob a druh ošetrovania (podrobne opíšte):

RTG nález opisom:

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

V akom rozsahu?

Zanechal úraz trvalé následky? áno nie

Akého druhu a rozsahu?

Ostatné zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára:

Vážený pán doktor, pre posúdenie nároku na poistné plnenie sú potrebné informácie o liečení a zdravotnom stave poisteného, o ktoré Vás touto cestou prosíme. Písomný súhlas poisteného so sprístupnením uvedených informácií je uvedený v hornej časti tlačiva. Po presnom a úplnom vyplnení a podpísaní tohto tlačiva Vám vzniká právo na odmenu vo výške 5,00 €.

Upozornenie: V prípade nepresného alebo neúplného vyplnenia údajov alebo nedoloženia požadovanej dokumentácie, nevzniká nárok na vyššie popísanú odmenu.

V dňa

Meno lekára:

Adresa:

Číslo účtu:

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

.....
Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára