wüstenrot

ŽIVOTNÉ POISTENIE | NEŽIVOTNÉ POISTENIE

Nevpisujte text - miesto pre podateľňu

Nevpisujte text - miesto pre čiarový kód

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

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

TRVALÉ NÁSLEDKY PO ÚRAZE (po uplynutí roka odo dňa úrazu)

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

ÚDAJE O POISTENOM, príp. O SPOLUPOISTENOM DIEŤATI **DÁTUM VZNIKU ÚRAZU:**

Meno a priezvisko:	Rodné číslo:	Telefón:
Adresa bydliska:		PSČ:
Čísla poistných zmluv, ktorými ste poistený pre prípad úrazu:		
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.		

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

Poistné plnenie poukážte:

☐ **poštovou poukážkou** Meno a adresa:

☐ **na bankový účet** IBAN príjemcu:

SWIFT / BIC banky príjemcu:

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

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

Diagnóza úrazu:

Podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:

Spôsob a druh ošetrenia (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 ošetrujúceho 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:

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: