

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

## OZNÁMENIE O ÚRAZE

**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 a priezvisko:	Rodné číslo:	Telefón:
Adresa bydliska:	PSČ:	
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z. ? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> 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.		
Zamestnanie (druh pracovnej činnosti a adresa zamestnávateľa):		
Číslo poistných zmluv, ktorými ste poistený pre prípad úrazu:		

## 1. ÚDAJE O ÚRAZE

1.1. Kedy a kde došlo k úrazu? Dátum: Čas: Miesto:

1.2. Podrobne a súvisle opíšte činnosť, spôsob a okolnosti vzniku úrazu:

1.3. Ktorá časť tela bola poranená?			1.4. Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom? áno <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>		
			Ako?		

1.5. Adresa zdravotníckeho zariadenia, kde vám poskytli prvé ošetrenie a kedy:			kde ste sa liečili:			Meno a adresa obvodného lekára v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu:		

1.6. Došlo k úrazu pri výkone povolania alebo v priamej súvislosti s ním? áno  nie

1.7. Došlo k úrazu pri činnosti mimo výkonu povolania? áno  nie  Ak áno, označte krížikom zdroj úrazu:

<input type="checkbox"/> opravárska a údržbárska činnosť; manipulácia so strojmi, náradím alebo materiálom	<input type="checkbox"/> pri doprave alebo v súvislosti s ňou	<input type="checkbox"/> pri športe
<input type="checkbox"/> pobyt a práce v domácnosti alebo v okolí domácnosti	<input type="checkbox"/> v škole alebo pri akcii organizovanej školou	<input type="checkbox"/> pri podnikateľskej činnosti
<input type="checkbox"/> pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej a inej činnosti	<input type="checkbox"/> vlastný dopravný prostriedok, vlastné zavinenie	<input type="checkbox"/> pri inej činnosti mimo povolania

1.8. Bližšie opíšte zdroj, ktorý bol príčinou úrazu:

1.9. Mená a adresy prípadných svedkov úrazu:

1.10. Prípad vyšetroval (orgán, adresa, prípadne meno):

1.11. Ak ide o úraz motorovým vozidlom, uveďte:

druh a továrenskú značku vozidla:	ŠPZ:
Meno a adresa vlastníka motorového vozidla:	
Meno a adresa vodiča:	

## 2. 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)

## 3. 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. Splnomocňujem poisťovňu na vyžiadanie akejkoľvek dokumentácie týkajúcej sa vzniku a liečenia môjho telesného poškodenia a zdravotného stavu.

## Poistné plnenie poukážite:

<input type="checkbox"/> poštovou poukážkou	Meno a adresa:	
<input type="checkbox"/> 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

### SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval úrazom postihnutého, ktorý je uvedený na prvej strane tohto oznámenia a zistil telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu:

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

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

Dňa .....o .....hod.

**Diagnóza úrazu:**

**Podrobný opis** telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:

**Spôsob a druh ošetrovania** (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?

Áké 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?

Vážení 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 €.

**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 ošetrojúceho lekára

IBAN lekára:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

SWIFT/BIC banky lekára:

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------