

ÚDAJE O POISTENOM, príp. O SPOLUPOISTENOM DIEŤATI

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

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

Poistné plnenie poukážete na:
 alebo na:

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:	
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?

Diagnóza úrazu:

Podrobný opis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu:

Spôsob a druh ošetrovania (podrobne opište):

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. Pisomný 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.

<p>V dňa</p> <p>Meno lekára:</p> <p>Adresa:</p> <p>Číslo účtu:</p>	<p>.....</p> <p>Pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára</p>
--	---