

## Oznámení úrazu

Číslo pojistné smlouvy

### Pojištěný:

Titul, jméno a příjmení: \_\_\_\_\_ Datum narození: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

### Pojistník/zákonný zástupce (je-li odlišný od pojištěného) uplatňující právo na plnění:

Titul, jméno a příjmení: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Vyplňuje pojištěný/pojistník.

Datum úrazu:		
Došlo k úrazu při sportu?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Druh sportu:
Došlo k úrazu při dopravní nehodě?	<input type="checkbox"/> ano <input type="checkbox"/> ne	Která část těla byla postižena?
Jak k úrazu došlo? (podrobně popište)		
Jméno lékaře a adresa zařízení, které poskytlo první ošetření:		

### Prohlášení:

Prohlašuji, že výše uvedené otázky jsem zodpověděl/a úplně a pravdivě. Zároveň beru na vědomí, že nepravdivé údaje by v souladu s občanským zákoníkem a pojistnými podmínkami mohly vést i k odmítnutí výplaty plnění pojišťovny.

Souhlasím, aby si Wüstenrot, pojišťovna, a.s. vyžádala veškerou potřebnou dokumentaci související s mým zdravotním stavem.

\_\_\_\_\_  
Místo, datum\_\_\_\_\_  
Podpis pojištěného\_\_\_\_\_  
Podpis pojistníka/zákonného zástupce