

# OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

PRIZNANIE INVALIDNÉHO DÔCHODKU  
k  spotrebnému úveru\*  hypotekárnemu úveru\*  
 revolvingovému úveru\*  flexikarte\*

ÚMRTIE  
 flexipôžičke\*  
 iné \_\_\_\_\_

\*príslušný typ vyznačte krížikom

Vyplňte, prosím, toto oznámenie čitateľne, paličkovým písmom.

Všetky informácie, o ktorých sa poisťovateľ dozvie pri zisťovaní zdravotného stavu poisteného, smie použiť iba pre svoju potrebu.

## Poistený

Titul, meno, a priezvisko: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Telefónne číslo: \_\_\_\_\_ Adresa: \_\_\_\_\_ štátna príslušnosť: \_\_\_\_\_

## Poistná udalosť

Dátum vzniku poistnej udalosti: \_\_\_\_\_

K poistnej udalosti došlo v dôsledku:  choroby  úrazu Diagnóza choroby, úrazu: \_\_\_\_\_

Meno, priezvisko a presná adresa praktického lekára, ktorý má, resp. mal poisteného v zdravotnej starostlivosti:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ak vyšetruje poistnú udalosť aj iná inštitúcia, adresa: \_\_\_\_\_

Vyhlasujem, že mnou poskytnuté informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek mnou neuvedený, neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok zníženie poistného plnenia. Súhlasím so zisťovaním a preskúmaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného v dobe vzniku poistnej udalosti a s tým, že poistné plnenie bude uhradené v súlade s poistnou zmluvou a poistnými podmienkami. \*(vyplniť len v prípade priznania invalidného dôchodku)

Druh a číslo dokladu totožnosti: \_\_\_\_\_ Podpis poisteného: \_\_\_\_\_

## Oprávnená osoba \*(vyplniť len v prípade úmrtia poistenej osoby)

Meno oprávnenej osoby: \_\_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_

Vzťah k poistenému: \_\_\_\_\_ Telefónne číslo: \_\_\_\_\_

Adresa: \_\_\_\_\_ štátna príslušnosť: \_\_\_\_\_

Dátum: \_\_\_\_\_ Druh a číslo dokladu totožnosti: \_\_\_\_\_ Podpis oprávnenej osoby: \_\_\_\_\_

Vyplnené oznámenie poistnej udalosti zašlite prosím, čo najskôr, na adresu poisťovne Generali Slovensko, prípadne odovzdajte v ktoromkoľvek obchodnom mieste VÚB, a.s., spolu s nasledujúcimi dokladmi:

### PRIZNANIE INVALIDNÉHO DÔCHODKU

- Kópia rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku
- Kópia lekárskej správa z pobočky Sociálnej poisťovne (Zápisnica, Posudok)
- Meno, presná adresa odborných lekárov poisteného:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ÚMRTIE

- Rodný list poisteného
- Lekárom vyplnený "List o prehliadke mŕtveho"
- Úmrtný list
- Ak bola vykonaná súdna pitva, pitevnú správu
- V prípade hospitalizácie, kópia lekárskej správy z hospitalizácie
- V prípade, ak poistnú udalosť vyšetruje aj polícia, kópiu policajnej správy s výsledkom šetrenia.

**Nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že poisťovňa neposkytne poistné plnenie, nakoľko nebude môcť skončiť šetrenie potrebné na zistenie rozsahu plniť.**