

# Oznámenie o poistnej udalosti

## liečebné náklady, poistenie batožiny, poistenie nezavineného meškania batožiny a letu zavinené prepravcom

### Toto potvrdenie čo najskôr:

- zašlite na adresu: Generali Poist'ovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava alebo
- odovzdajte na ktoromkoľvek obchodnom mieste Generali Poist'ovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu

### Doklady, ktoré je potrebné doručiť s potvrdením:

#### Časť A:

- originály lekárskej správy s uvedením diagnózy a zoznam vykonaných lekárskeho výkonov
- originálny účet za ošetrovanie, pobyt v nemocnici, za lieky predpísané lekárom a za prevoz
- v prípade smrti úrazom aj úmrtný list

#### Časť B:

- doklad o spôsobe prekonania prekážok chrániacich veci pred odcudzením
- policajná správa
- potvrdenie organizácie zodpovednej za škodu
- potvrdenie prepravcu o preprave veci a jej poškodení, zničení alebo strate
- dokumentácia okolností poistnej udalosti (napr. fotografie)
- originály dokladov o zakúpení kufru, batožiny, ostatných poškodených vecí (neakceptuje sa paragón)

Prosím, nasledujúce oznámenie vyplňte čitateľne, paličkovým písmom.

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

### Typ kreditnej karty

## Poistený

Titul, meno, priezvisko	Rodné číslo
Adresa bydliska	Telefónne číslo
	Štátna príslušnosť

## Majiteľ kreditnej karty

Titul, meno, priezvisko	Rodné číslo
Adresa bydliska	Telefónne číslo
	Štátna príslušnosť

## Poistná udalosť

Dátum vzniku poistnej udalosti	
Začiatok cesty	Koniec cesty
Krajina vzniku udalosti	

pokračovanie na ďalšej strane >>>



### Hlásili ste poistnú udalosť asistenčnej služby Europ Assistance?

áno  nie

Ak nie, z akého dôvodu?

### Mali ste na obdobie pobytu v zahraničí dojednané poistenie aj v inej poisťovni?

áno  nie

Ak áno, v ktorej?

### Príslušnú sumu v EUR zaslať na

Číslo účtu (IBAN)

BIC KÓD

Vykonať úhradu priamo zdravotníckemu zariadeniu podľa priloženej faktúry, pri liečebných nákladoch

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 čase vzniku poistnej udalosti a s tým, že poistné plnenie bude uhradené v súlade s poistnou zmluvou a poistnými podmienkami.

\_\_\_\_\_  
Miesto a dátum

\_\_\_\_\_  
Podpis poisteného

Poistovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle Zákona o poisťovníctve v platnom znení. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa a v pobočkách poisťovateľa.

Generali Poisťovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, IČO: 54 228 573, so sídlom Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Po, vložka č.: 8774/B, organizačná zložka podniku zahraničnej osoby, prostredníctvom ktorej v Slovenskej republike podniká Generali Česká poisťovna a.s., IČO: 452 72 956, so sídlom Spálená 75/16, Nové Město, 110 00 Praha 1, Česká republika, zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 1464, člen Skupiny Generali, zapísanej v talianskom registri poisťovacích skupín, vedenom IVASS, pod č. 026.