

# Oznámenie o priznaní invalidity

**Toto potvrdenie o priznaní invalidity, invalidného dôchodku čo najskôr:**

- zašlite na adresu: Generali Poistovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava alebo
- odovzdajte na ktorejkoľvek pobočke poisťovne Generali.

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

- kópia rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku
- kópia lekárskej správy z pobočky Sociálnej poisťovne (Zápisnica, Posudok)
- meno, presná adresa odborných lekárov poisteného

## Poistený

Uveďte, prosím, čísla všetkých poisťiek, ktorými ste poistený pre prípad invalidity:

<b>Titul, meno, priezvisko</b>		<b>Rodné číslo</b>	
<b>Adresa</b>		<b>Telefónne číslo</b>	
		<b>Štátna príslušnosť</b>	
<b>Číslo účtu na vyplatenie plnenia (IBAN)</b>		<b>BIC</b>	

## Poistná udalosť

<b>Dátum vzniku poisťnej udalosti</b>	
<b>Príčina poisťnej udalosti</b>	<input type="checkbox"/> choroba <input type="checkbox"/> úraz
<b>Diagnóza choroby/úrazu</b>	
<b>Meno, priezvisko a adresa praktického lekára, ktorý má/mal poisteného v zdravotnej starostlivosti</b>	
<b>Ak vyšetruje poisťnú udalosť aj iná inštitúcia, adresa danej inštitúcie</b>	

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 poisťného plnenia. Súhlasím so zisťovaním a preskúmaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného v čase vzniku poisťnej udalosti a s tým, že poisťné plnenie bude uhradené v súlade s poisťnou zmluvou a poisťnými podmienkami.

\*(vyplniť len v prípade priznania invalidného dôchodku)

**Druh a číslo dokladu totožnosti:**

**Podpis poisteného**

Poisťovateľ 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.