

Ošetrovné

Upozornenie:

Bez priloženej žiadosti o ošetrovné vystavenej pre Sociálnu poisťovňu a kópie lekárskejších správ s priebehom liečby nie je možné pristúpiť k vybaveniu škodovej udalosti.

VYPLNÍ POISTENÝ

Titul, meno, priezvisko poisteného		Rodné číslo	
Číslo poistnej zmluvy		Telefónne číslo/ e-mailová adresa	
Adresa bydliska			
Titul, meno, priezvisko žiadateľa o ošetrovné			
<input type="checkbox"/> Zamestnanec	Zamestnávateľ Pracovná pozícia		
<input type="checkbox"/> SZČO	Druh podnikateľskej činnosti (povinnosť doložiť doklad o vzniku nároku na poberanie dávok podľa príslušných právnych predpisov) Miesto výkonu práce		
Prvé príznaky ochorenia (vrátane dátumu)			
Prvé diagnostikovanie ochorenia (dátum)			
Opis priebehu liečby (vrátane komplikácií)			

Poistné plnenie poukážte na:

<input type="checkbox"/> Číslo účtu (IBAN):		Kód banky	
--	--	------------------	--

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal(a) pravdivo a úplne, že som k hláseniu škodovej udalosti vyplnil(a) pre Generali Poisťovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, len toto oznámenie a že som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť. Súhlasím, aby si Generali Poisťovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu a získala od lekárov informácie o mojom liečení a zdravotnom stave pre potreby šetrenia poistnej udalosti.

Miesto:**Dátum:**

Pečiatka a podpis

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.