

Oznámenie poistnej udalosti zlomeniny kosti - Žltý melón

Poučenie pre osobu uplatňujúcu si nárok na plnenie:

Vyplňte starostlivo túto stranu oznámenia. Bez úplného vyplnenia vrátane podpisu poisteného (zraneného) alebo jeho zákonného zástupcu nie je možné poistnú udalosť vybaviť. Ku každému úrazu vyplňte len jedno oznámenie pre poisťovňu Generali.

Prosíme, aby ste toto oznámenie predložili svojmu ošetrojúcemu lekárovi na vyplnenie. Za vyplnenie druhej strany oznámenia uhradíte lekárovi ním účtovaný honorár, pretože ide (podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR o liečebnej starostlivosti poskytovanej za úhradu) o výkon, ktorý nesleduje liečebný účel a je vykonaný na vašu žiadosť a vo vašom vlastnom záujme. Generali Poisťovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, sa bude podieľať na jeho úhrade (max. do výšky 7 € po doložení príjmového dokladu).

Uvedte, prosím, čísla všetkých poistiek, ktorými ste úrazovo poistený:

Potvrdenie organizácie, že k úrazu došlo pri poistnej činnosti, ak touto organizáciou bolo úrazové poistenie dojednané.

Pečiatka a podpis

VYPLNÍ POISTENÝ

Titul, meno, priezvisko zraneného	Rodné číslo
Adresa	

Údaje poistníka (ak nie je totožný s poisteným)

Titul, meno, priezvisko	Rodné číslo/IČO
Adresa	Telefónne číslo/ e-mailová adresa

Informácie o úraze

Miesto, kde došlo k úrazu	
Dátum a čas, kedy došlo k úrazu	
Činnosť a okolnosti, za ktorých došlo k úrazu (prosím, podrobne a súvisle)	
Časť tela, ktorá bola poranená	
Bola poranená časť tela poškodená už pred úrazom?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Došlo k úrazu pri výkone povolania?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

Šport, ktorý ste aktívne vykonávali v období, keď došlo k úrazu	V akej súťaži
Šport, ktorý aktívne vykonávate teraz	V akej súťaži
Mená a adresy svedkov	
Vyšetrovateľ prípadu (adresa polície)	

Ak ide o úraz osôb dopravným motorovým vozidlom:

ŠPZ vozidla

Poistné plnenie poukážite na:

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

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

Miesto:

Dátum:

podpis zraneného

(alebo jeho zákonného zástupcu)

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.