

# Potvrdenie chirurgického zákroku

**Upozornenie:**

Bez priloženého záznamu o vykonaní chirurgického zákroku 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	
Dátum indikovania chirurgického zákroku ošetrojúcim lekárom	
Dátum vykonania chirurgického zákroku	
Indikovaná diagnóza na vykonanie chirurgického zákroku	

**Poistné plnenie poukážte na:** 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 Poistovňa, 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 Poistovňa, 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:

---

**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.