

Potvrdenie pobytu v nemocnici

Upozornenie:

Bez priloženej kópie lekárskej prepúšťacej správy nie je možné pristúpiť k šetreniu hlásenej udalosti.

VYPLNÍ POISTENÝ

| | |
|---|--|
| Titul, meno, priezvisko poisteného | |
| Rodné číslo | |
| Číslo poistnej zmluvy | |
| Telefónne číslo/ e-mailová adresa | |
| Adresa bydliska | |
| Dátum prijmu do nemocnice | |
| Dátum prepustenia z nemocnice | |
| Indikovaná diagnóza na hospitalizáciu | |
| Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste boli hospitalizovaný/á: | |

Poistné plnenie poukážete 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 zdravotnícku 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.