

Oznámenie o poistnej udalosti

liečebné náklady, poistenie batožiny, poistenie storna

Toto potvrdenie čo najskôr:

- zašlite na adresu: Generali Poistovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava alebo
- odovzdajte na ktoromkoľvek obchodnom mieste Generali Poistovňa, a. s.

Doklady, ktoré je potrebné doručiť s potvrdením:

Časť A:

- originály lekárskej správy s uvedením diagnózy a zoznam vykonaných lekárskeho výkonov
- originálny účet za ošetrovanie, pobyt v nemocnici, za lieky predpísané lekárom a za prevoz
- v prípade smrti úrazom aj úmrtný list
- v prípade pátrania a záchranu v horách potvrdenie Horskej záchrannej služby o výške nákladov

Časť B:

- doklad o spôsobe prekonania prekážok chrániacich vecí pred odcudzením
- policajná správa
- potvrdenie organizácie zodpovednej za škodu
- potvrdenie prepravcu o preprave vecí a jej poškodení, zničení alebo strate
- dokumentácia okolností poistnej udalosti (napr. fotografie)
- originály dokladov o zakúpení kufra, batožiny, ostatných poškodených vecí (neakceptuje sa paragón)

Časť C:

- potvrdenie o zaplatení zájazdu
- potvrdenie o stornovaní zájazdu s vyznačením dátumu stornovania
- potvrdenie príslušnej cestovnej kancelárie o výške požadovaných stornopoplatkov
- ostatný dôkazový materiál, ktorý preukazuje dôvod a výšku nároku na poistné plnenie (napr. materská knižka, súdne predvolanie, úmrtný list...)

Prosím, nasledujúce oznámenie vyplňte čitateľne, paličkovým písmom.

Všetky informácie, o ktorých sa poisťovateľ dozvie pri zisťovaní zdravotného stavu poisteného, smie použiť iba na svoju potrebu.

Číslo poistnej zmluvy

Poistený

Titul, meno, priezvisko	Rodné číslo
Adresa bydliska	Telefónne číslo
	Štátna príslušnosť

Poistná udalosť

Dátum vzniku poistnej udalosti	
Začiatok cesty	Koniec cesty
Krajina vzniku udalosti	

pokračovanie na ďalšej strane >>>

Popis a priebeh škodovej udalosti

Hlásili ste poistnú udalosť asistenčnej služby Europ Assistance?

áno nie

Ak nie, z akého dôvodu?

Mali ste na obdobie pobytu v zahraničí dojednané poistenie aj v inej poisťovni?

áno nie

Ak áno, v ktorej?

Príslušnú sumu v EUR zaslať na

Číslo účtu (IBAN)

BIC KÓD

Vykonať úhradu priamo zdravotníckemu zariadeniu podľa priloženej faktúry, pri liečebných nákladoch

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 poistného plnenia. Súhlasím so zisťovaním a preskúmaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného v čase vzniku poistnej udalosti a s tým, že poistné plnenie bude uhradené v súlade s poistnou zmluvou a poistnými podmienkami.

* (vyplniť len v prípade priznania invalidného dôchodku)

Miesto a dátum

Podpis poisteného

Poistovateľ 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.