

OZNÁMENIE O POISTNEJ UDALOSTI

Rekonvalescencia

Hospitalizácia

UPOZORNENIE: Bez priloženej kópie lekárskej prepúšťacej správy z hospitalizácie a dokladu zo Sociálnej poisťovne o začiatku a ukončení PN, nie je možné pristúpiť k šetreniu hlásenej udalosti!

Titul, meno, priezvisko poisteného: _____ Rodné číslo: _____

Adresa poisteného: _____

Kontakt: telefón/mail: _____

Adresa zamestnávateľa: _____

Zamestnanie: _____

Deň príchodu do nemocnice: _____ Prijatý na oddelenie: _____ Deň prepustenia z nemocnice: _____

Deň začiatku PN: _____ Deň ukončenia PN: _____

Indikovaná diagnóza pre hospitalizáciu:

Vyplnené oznámenie poistnej udalosti zašlite prosím, čo najskôr, na adresu poisťovne Generali Poisťovňa, a. s., spolu s nasledujúcimi dokladmi:

Rekonvalescencia:

- kópia lekárskej prepúšťacej správy vydaná príslušným zdravotníckym zariadením so stanovením druhu ošetrovania (diagnóza), dátumu začiatku a ukončenia hospitalizácie,
- kópia potvrdenia ošetrojúceho lekára o vzniku práceneschopnosti so stanovením príslušnej diagnózy.

Hospitalizácia úrazom:

- kópiu lekárskej prepúšťacej správy vydanú príslušným zdravotníckym zariadením so stanovením druhu ošetrovania (diagnóza), dátumu začiatku a ukončenia hospitalizácie,

Vyhlasenie:

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

Podpísaný berie na vedomie, že Generali Poisťovňa, a. s. je oprávnená spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle § 47 zákona č. 8/2008 Z. z. o poisťovníctve. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov a právach dotknutej osoby sú na webovej stránke poisťovne. Berie na vedomie, že Generali Poisťovňa, a. s. je oprávnená spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle § 47 zákona č. 8/2008 Z. z. poisťovníctve. Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov a právach dotknutej osoby sú na webovej stránke poisťovne.

V _____ dňa _____

_____ podpis poisteného (alebo jeho zákonného zástupcu)