

# Ošetrovné

**Upozornenie:**

Bez priloženej žiadosti o ošetrovné vystavenej pre Sociálnu poisťovňu a kópie lekárskeho správy s priebehom liečby nie je možné pristúpiť k vybaveniu škodovej udalosti.

## VYPLNÍ POISTENÝ

<b>Titul, meno, priezvisko poisteného</b>		<b>Rodné číslo</b>	
<b>Číslo poisťnej zmluvy</b>		<b>Telefónne číslo/ e-mailová adresa</b>	
<b>Adresa bydliska</b>			
<b>Titul, meno, priezvisko žiadateľa o ošetrovné</b>			
<input type="checkbox"/> <b>Zamestnanec</b>	Zamestnávateľ Pracovná pozícia		
<input type="checkbox"/> <b>SZČO</b>	Druh podnikateľskej činnosti (povinnosť doložiť doklad o vzniku nároku na poberanie dávok podľa príslušných právnych predpisov) Miesto výkonu práce		
<b>Prvé príznaky ochorenia (vrátane dátumu)</b>			
<b>Prvé diagnostikovanie ochorenia (dátum)</b>			
<b>Opis priebehu liečby (vrátane komplikácií)</b>			

**Poistné plnenie poukážte na:**

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

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal(a) pravdivo a úplne, že som k hláseniu škodovej udalosti 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 zdravotnú dokumentáciu a získala od lekárov informácie o mojom liečení a zdravotnom stave pre potreby šetrenia poisťnej udalosti.

**Miesto:****Dátum:**

---

**Pečiatka a podpis**

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.