

Oznámenie poistnej udalosti z poistenia závažných ochorení

UPOZORNENIE:

Dôsledne vyplňte túto stranu oznámenia. Bez úplného vyplnenia vrátane podpisu poisteného alebo jeho zákonného zástupcu nie je možné plnenie za poistnú udalosť vyplatiť.

Prosíme, aby ste toto oznámenie predložili svojmu ošetrojúcemu lekárovi na vyplnenie. Za vyplnenie druhej strany oznámenia uhradíte lekárovi ním účtovaný honorár, pretože ide (podľa vyhlášky Ministerstva zdravotníctva SR o liečebnej starostlivosti poskytovanej za úhradu) o výkon, ktorý nesleduje liečebný účel a je vykonaný na vašu žiadosť a vo vašom vlastnom záujme. Generali Poistovňa, a. s., sa bude podieľať na jeho úhrade (max. do výšky 7 € po doložení príjmového dokladu).

VYPLNÍ POISTENÝ

Uvedte, prosím, čísla všetkých poistiek, ktorými ste poistený pre prípad závažných ochorení:

--	--	--

Titul, meno, priezvisko	Rodné číslo/IČO
Adresa	Tel. číslo/e-mail
	Štátna príslušnosť
Číslo účtu na vyplatenie plnenia (IBAN)	Kód banky (BIC)
Názov choroby (diagnóza)	Meno lekára
Dátum, kedy vám bola diagnóza 1x oznámená	Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia

Vyhlásenie poisteného: Vyhlasujem, že som všetky údaje uviedol(a) pravdivo a úplne, že som k hlásenému závažnému ochoreniu vyplnil(a) pre Generali Poistovňa, a. s., iba toto oznámenie a že som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poistiteľa plniť. Súhlasím, aby si Generali Poistovňa, a. s., na prešetrenie poistnej udalosti vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu o mojom zdravotnom stave a liečení.

Dátum:

Miesto:

Podpis poisteného, resp. zákonného zástupcu
VYPLNÍ LEKÁR

Názov choroby (diagnóza)	
Dátum, kedy boli pozorované/zistené prvé príznaky	
Dátum prvého stanovenia diagnózy/vykonania operácie	
Vyšetrenia, nálezy a hodnoty vedúce k stanoveniu diagnózy/vykonaniu operácie (uvedte, prosím, všetky)	
Priebeh/spôsob liečby	

Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal(a) pravdivo a úplne všetky zadané otázky a som si vedomý(á) dôsledku nepravdivých odpovedí.

Dátum:

Miesto:

Podpis a pečiatka lekára

Závažné ochorenia

Označte, prosím, krížikom z uvedených diagnóz tú, ktorá zodpovedá diagnóze stanovenej poistenému.

Prosím, nezabudnite na doloženie kompletnej zdravotnej dokumentácie potvrdzujúcej celý priebeh ochorenia a liečby!

Krytie jednotlivých chorôb sa líši podľa dojednaného balíka poistenia.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Srdcový infarkt | <input type="checkbox"/> Poliomyelitída |
| <input type="checkbox"/> Rakovina | <input type="checkbox"/> Strata končatín |
| <input type="checkbox"/> Náhla cievna mozgová príhoda | <input type="checkbox"/> Progresívna systémová sklerodermia |
| <input type="checkbox"/> Zlyhanie obličiek | <input type="checkbox"/> Choroba postihujúca motorické neuróny |
| <input type="checkbox"/> Transplantácia životne dôležitých orgánov | <input type="checkbox"/> Závažné psychické poruchy |
| <input type="checkbox"/> By-pass koronárnych tepien pre ischemickú chorobu srdca | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus I. typu (juvenilný diabetes) |
| <input type="checkbox"/> Náhrada srdcovej chlopne | <input type="checkbox"/> Rakovina – štádium in situ alebo I. štádium Hodgkinovej choroby (čiastočné plnenie) |
| <input type="checkbox"/> AIDS (krvnou transfúziou) | <input type="checkbox"/> Angioplastika (čiastočné plnenie) |
| <input type="checkbox"/> Slepota | <input type="checkbox"/> Netransmurálny non-Q infarkt – tzv. NSTEMI infarkt myokardu (čiastočné plnenie) |
| <input type="checkbox"/> Hluchota | <input type="checkbox"/> Borelióza |
| <input type="checkbox"/> Skleróza multiplex | <input type="checkbox"/> Epidermolysis bullosa (choroba motýľích krídel) |
| <input type="checkbox"/> Popáleniny | <input type="checkbox"/> Vnútrolebečné krvácanie |
| <input type="checkbox"/> Ochrnutie | <input type="checkbox"/> Kliešťová, bakteriálna alebo iná vírusová encefalitída |
| <input type="checkbox"/> Aplastická anémia | <input type="checkbox"/> Meningitída (vrátane meningoencefalitídy) |
| <input type="checkbox"/> Strata reči | <input type="checkbox"/> Svalová dystrofia |
| <input type="checkbox"/> Alzheimerova choroba | <input type="checkbox"/> Autizmus |
| <input type="checkbox"/> Parkinsonova choroba | <input type="checkbox"/> Reumatická horúčka |
| <input type="checkbox"/> Kóma | <input type="checkbox"/> Juvenilná idiopatická artritída (Stillova choroba – JIA) |
| <input type="checkbox"/> Choroba pľúc v konečnom štádiu | <input type="checkbox"/> Operácia srdca a srdcových chlopní (vrátane aorty) |
| <input type="checkbox"/> Choroba pečene v konečnom štádiu | <input type="checkbox"/> Cystická fibróza |
| <input type="checkbox"/> AIDS (profesijné ochorenie) | |
| <input type="checkbox"/> Fulminantná (prudká) hepatitída | |
| <input type="checkbox"/> Primárna pľúcna hypertenzia | |
| <input type="checkbox"/> Nezhubný nádor na mozgu | |
| <input type="checkbox"/> Bakteriálna meningitída | |
| <input type="checkbox"/> Kardiomyopatia | |

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.