

Potvrdenie chirurgického zákroku

Upozornenie:

Bez priloženého záznamu o vykonaní chirurgického zákroku nie je možné pristúpiť k vybaveniu škodovej udalosti.

VYPLNÍ POISTENÝ

Titul, meno, priezvisko poisteného	Rodné číslo
Číslo poistnej zmluvy	Telefónne číslo/ e-mailová adresa
Adresa bydliska	
Dátum indikovania chirurgického zákroku ošetrojúcim lekárom	
Dátum vykonania chirurgického zákroku	
Indikovaná diagnóza na vykonanie chirurgického zákroku	

Poistné plnenie poukážte 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 Poistovňu, a. s., len toto oznámenie a že som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť. Súhlasím, aby si Generali Poistovňa, a. s., vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú 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 poľkách poisťovateľa.