

Potvrdenie pobytu v nemocnici

Upozornenie:

Bez priloženej kópie lekárskej prepúšťacej správy nie je možné pristúpiť k šetreniu hlásenej udalosti.

VYPLNÍ POISTENÝ

Titul, meno, priezvisko poisteného	
Rodné číslo	
Číslo poistnej zmluvy	
Telefónne číslo/ e-mailová adresa	
Adresa bydliska	
Dátum prijmu do nemocnice	
Dátum prepustenia z nemocnice	
Indikovaná diagnóza na hospitalizáciu	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste boli hospitalizovaný/á:	

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 zdravotnícku 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 po-
bočkách poisťovateľa.