

## Oznámenie asistenčnej udalosti pre službu ZSE Poistenie platieb

Č. asistenčnej udalosti:

### 1. Údaje o poistenom – Zákazník ZSE Energia

\_\_\_\_\_  
Vyplní Europ Assistance

\_\_\_\_\_  
Priezvisko, meno a titul

\_\_\_\_\_  
Dátum narodenia

\_\_\_\_\_  
Adresa

\_\_\_\_\_  
E-mail

\_\_\_\_\_  
Telefón

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto asistenčnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom), a to na adresu uvedenú v tomto Oznámení.

áno  nie

\_\_\_\_\_  
Identifikačné číslo Dohody ZSE Služby pre domov

\_\_\_\_\_  
Rehabilitácia alebo kúpeľná liečba od – do

\_\_\_\_\_  
Dátum vystavenia lekárskeho predpisu na rehabilitáciu  
alebo kúpeľného poukazu

\_\_\_\_\_  
Dátum vzniku ochorenia alebo úrazu

Opíšte okolnosti, z akého dôvodu (úraz alebo choroba) Vám bol vystavený lekársky predpis na rehabilitáciu alebo kúpeľnú liečbu.

\_\_\_\_\_  
Meno, adresa, telefón Vášho praktického lekára v SR

\_\_\_\_\_  
Meno, adresa, telefón Vášho lekára – špecialistu v SR (chirurg, internista, gynekológ, stomatológ a pod.)

### 2. Špecifikácia požadovaných plnení pri asistenčných službách ZSE Poistenie platieb

Nadštandardné ubytovanie  áno  nie Ubytovanie príbuzného.

áno  nie

Doprava zo zdravotníckeho zariadenia  áno  nie

\_\_\_\_\_  
V prípade ubytovania príbuzného uveďte meno a priezvisko príbuzného a jeho vzťah k poistenému.

Ďalšie služby – prosíme, špecifikujte:

### 3. Špecifikácia nákladov spojených s asistenčnou udalosťou

Dátum	Špecifikácia nákladov	Suma v EUR	Uhradené
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie

Názov a kód Vašej zdravotnej poisťovne v SR

Máte uzatvorené nejaké ďalšie poistenie, ktoré kryje vzniknutú udalosť?  áno  nie

Ak áno, prosíme, vyplňte nasledujúce údaje:

Názov poisťovne

Číslo poisťovej zmluvy

Adresa poisťovne

### 4. Bankové údaje na zaslanie sumy poisťového plnenia

Názov banky

Číslo účtu/kód banky

IBAN

**Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal/a pravdivo a úplne. Som si vedomý/á možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a s ustanoveniami o ochrane osobných údajov uvedených v Rámcovej poisťovej zmluve a príslušných Všeobecných poisťových podmienkach.**

### 5. Za poisteného

Miesto  Dátum  Meno a priezvisko poisteného  Podpis

### 6. Ako prílohy tohto oznámenia, prosíme, priložte na posúdenie asistenčnej udalosti nasledujúce dokumenty:

- Lekársky predpis na rehabilitáciu vydaný lekárom poisteného,
- Potvrdenie o schválení kúpeľnej starostlivosti príslušnou zdravotnou poisťovňou,
- Lekárska správa z prvého ošetrenia úrazu alebo ochorenia alebo správa s uvedením dátumu vzniku ochorenia alebo úrazu,
- Originálny doklad k zaplatenému nadštandardnému ubytovaniu, doprave alebo ubytovaniu, prípadne iné služby, ktoré ste hradili.

Pozn: Poisťovňa si môže v rámci vyšetrovania vyžiadať ďalšie doklady.

**Adresa na zaslanie dokumentácie: Europ Assistance s.r.o., P. O. Box 385, 810 00 Bratislava. Tel.: 0850 646 646**

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.

Generali Poisťovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava, Slovenská republika, tel.: 02/38 11 11 17, e-mail: generali.sk@generali.com, www.generali.sk, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č.: 1325/B, IČO: 35 709 332, DIČ: 2021000487, IČ DPH: SK2021000487, č. ú.: 0048134112/0200, IBAN: SK35 0200 0000 0000 4813 4112, SWIFT: SUBASKBX. Spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v talianskom zozname skupín poisťovní vedenom IVASS.