GENERALI

Oznámenie poistnej udalosti z úrazového poistenia

Poučenie pre osobu uplatňujúcu si nárok na plnenie:
Vyplňte starostlivo túto stranu oznámenia. Bez úplného vyplnenia vrátane podpisu poisteného (zraneného) alebo jeho zákonného zástupcu nie je možné poistnú udalosť vybaviť. Ku každému úrazu vyplňte len jedno oznámenie pre poisťovňu Generali.

Prosíme, aby ste toto oznámenie predložili svojmu ošetrujúcemu 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 Poisťovňa, a. s., sa bude podieľať na jeho úhrade (max. do výšky 7 € po doložení príjmového dokladu).

Uveďte, prosím, čísla všetkých poistiek, ktorými ste úrazovo poistený:

Potvrdenie organizácie, že k úrazu došlo pri poistnej činnosti, ak touto organizáciou bolo úrazové poistenie dojednané.

Pečiatka a podpis

VYPLNÍ POISTENÝ

Titul, meno, priezvisko zraneného		**Rodné číslo**	
Adresa			

Údaje poistníka (ak nie je totožný s poisteným)

Titul, meno, priezvisko		**Rodné číslo/IČO**	
Adresa		**Telefónne číslo/ e-mailová adresa**	

Informácie o úraze

Miesto, kde došlo k úrazu		
Dátum a čas, kedy došlo k úrazu		
Činnosť a okolnosti, za ktorých došlo k úrazu (prosím, podrobne a súvisle)		
Časť tela, ktorá bola poranená		
Bola poranená časť tela poškodená už pred úrazom?	☐ áno	☐ nie
Došlo k úrazu pri výkone povolania?	☐ áno	☐ nie

pokračovanie na ďalšej strane >>>

Šport, ktorý ste aktívne vykonávali v období, keď došlo k úrazu		V akej súťaži	
Šport, ktorý aktívne vykonávate teraz		V akej súťaži	
Mená a adresy svedkov			
Vyšetrovateľ prípadu (adresa polície)			

Ak ide o úraz osôb dopravným motorovým vozidlom:

ŠPZ vozidla	

Poistné plnenie poukážte na:	
☐ **Číslo účtu (IBAN):**	**Kód banky**

Vyhlásenie poisteného: Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal(a) pravdivo a úplne, že som k hláseniu úrazu vyplnil(a) pre Generali Poisťovňa, a. s., len toto oznámenie a že som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poistiteľa plniť. Súhlasím, aby si Generali Poisťovňa, a. s., vyžiadala všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu o mojom liečení a zdravotnom stave pre potreby šetrenia poistnej udalosti.

Miesto:
Dátum:

_____

podpis zraneného
(alebo jeho zákonného zástupcu)

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

Správa ošetrujúceho lekára

Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že ošetroval úraz u poisteného:

Titul, meno, priezvisko	
Rodné číslo	

Prvé lekárske ošetrenie	
- dátum	
- adresa zariadenia	
- meno lekára	
Opis poranenia	
RTG, CT, MR – kompletný opis + degenerované zmeny:	
Diagnóza + číselné označenie diagnózy:	

Celková doba liečby pod dohľadom lekára	od do
Predĺženie liečby v dôsledku komplikácií	☐ áno ☐ nie
	Ak áno, akých?
Došlo k úrazu následkom požitia alkoholu alebo iných návykových látok?	☐ áno ☐ nie
	% alkoholu zistené v krvi/moči:
	Druh návykovej látky, o ktorú pravdepodobne išlo:
Bolo príčinou úrazu sebapoškodenie?	
Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé poškodenie?	
Akého druhu a rozsahu?	
Kedy predpokladáte ich ustálenie?	

Čestne vyhlasujem, že som pravdivo odpovedal na úplne všetky zadané otázky a som si vedomý dôsledku nepravdivých odpovedí.

Miesto:
Dátum:

Pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára