



Generali Poist'ovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava,
Slovenská republika, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu
Bratislava III., oddiel: Sa, vložka č.: 1325/B
IČO:35 709 332, DIČ: 2021000487, IČ DPH: SK2021000487.
Spoločnosť patrí do skupiny Generali, ktorá je uvedená v Talianskom
zozname skupín poisťovní vedenom IVASS.

Cestovné poistenie ku firemným platobným kartám Oznámenie o poistnej udalosti

A. Údaje o poistenej firemnej platobnej karte vydanéj VÚB, a.s.:

Meno a priezvisko držiteľa:

Názov firmy a IČO:

Typ karty:

Číslo karty: □□□□□□□□□□□□□□□□ Platnosť do: □□/□□□□

Rodné číslo držiteľa: □□□□□□/□□□□ (mesiac / rok)

B. Údaje o poistenej osobe

držiteľ karty

Meno: Priezvisko:.....

Adresa trvalého bydliska:

Rodné číslo: □□□□□□/□□□□ Telefón: □□□ / □□□□□□□□

Mobilný telefón: □□□ / □□□□□□□□ Fax: □□□ / □□□□□□□□

E-mail:

C. Informácie o poistenej ceste a škode

Dátum odjazdu: □□/□□/□□□□ Dátum návratu: □□/□□/□□□□

Spôsob dopravy:

Dátum vzniku škody: □□/□□/□□□□ Čas vzniku škody: □□/□□/□□□□

Miesto, krajina vzniku škody:

Kto spôsobil škodu:

Podrobný popis vzniku a priebehu škody (v popise uvádzajte aj časové údaje):
.....
.....
.....

Bola škoda hlásená asistenčnej službe Europ Assistance, ak áno tak kedy? Áno Nie

Ak áno uveďte dátum, čas a referenčné číslo hlásenia:

Má poistená osoba dojednané podobné poistenie aj u iného poisťovateľa? Áno Nie

Ak áno, tak uveďte jeho názov, adresu a číslo poistnej zmluvy:

Bola škoda hlásená polícii? Áno Nie (Ak áno, priložte čitateľný protokol z polície)

Bola škoda hlásená prepravcovi? Áno Nie (Ak áno, priložte čitateľný protokol)

Výška úhrady: mena:

D. Zoznam poškodených vecí

Popis poškodenej / stratenej veci	Nadobúdacia cena	Dátum obstarania

V uvedenej štruktúre uveďte na osobitnom priloženom liste, ak Vám tento zoznam nestačí.

E. Informácie o úraze/ ochorení

Popíšte podrobne rozsah zranení/ ochorení, čísla diagnóz a priebeh liečby:

.....
.....
.....

Trpeli ste týmto ochorením už v minulosti?:

Uveďte mená lekárov a adresy všetkých zdravotníckych zariadení, kde bola poistená osoba ošetrovaná a/ alebo liečená a dĺžky pobytu v príslušných zdravotníckych zariadeniach:

.....
.....
.....

Bolo nutné vycestovanie náhradného zamestnanca? Áno Nie

Ak áno, priložte k tomuto oznámeniu cestovné lístky alebo letenky a potvrdenie zamestnávateľa o tom, že plnenie neodkladných pracovných úloh poisteného zamestnanca bolo dôvodom na vyslanie náhradného zamestnanca.

F. Poistné plnenie žiadam zaslať

na bankový účet : kód banky:

IBAN:..... BIC/SWIFT:.....

Názov a adresa banky:

na adresu :

G. Oznámenie škody vyplnil

Priezvisko: Meno:

Adresa trvalého bydliska :

Dátum:

Podpis:

Prehlasujem, že som na všetky otázky odpovedal/a pravdivo a úplne a som si vedomý/á, že nepravdivé zodpovedanie môže zbaviť poisťovateľa povinnosti plnenia. Súhlasím, aby si poisťovateľ vyžiadal všetku moju zdravotnú dokumentáciu o priebehu mojej liečby a zdravotnom stave.

K tomuto kompletne vyplnenému Oznámeniu o poistnej udalosti priložte všetky požadované doklady pre likvidáciu poistnej udalosti podľa príslušných zmluvných dojednaní a zašlite na adresu:

Generali Poist'ovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava