

Liečebné náklady

Generali Poistovňa, a. s., odštepny závod Európska cestovná poistovňa •

Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava • IČO 35 709 332 •

Tel.: +421 2 544 177 08 • Fax: +421 2 544 101 74 • info@europska.sk • www.europska.sk

Prosíme vyplňte starostlivo tento formulár čitateľným paličkovým písmom a pošlite ho na horeuvedenú adresu. Ďakujeme za Vašu ochotu!

Číslo poistnej zmluvy:

Číslo škodovej udalosti:

(vyplní Európska CP)

Variant poistenia: Standard Jednotlivec
 Exclusive Family
 Gold

Prosíme vhodné zaškrtnúť!

1. Meno poisteného	Dátum narodenia
Ulica, číslo domu	
PSČ/mesto	
Tel. (s predvoľbou) súkromný	Povolanie
Tel. (s predvoľbou) do firmy:	
E-mail:	
Cestovali ste sám/sama? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	Začiatok cesty:
Destinácia:	Koniec cesty:
2. Prečo vznikli náklady?	
Pobyt v nemocnici <input type="checkbox"/> preprava domov <input type="checkbox"/> záchrana <input type="checkbox"/> kým?	
Ambulantné ošetrovanie <input type="checkbox"/> invalidita <input type="checkbox"/> iný dôvod:	
Výška vzniknutých nákladov:..... mena:.....	
3. Popis situácie:	
Kedy a kde udalosť vznikla? Dátum:..... mesto štát.....	
Existujú svedkovia? Meno:..... adresa:	
Bola udalosť zaprotokolovaná? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	
Kto udalosť zaprotokoloval?	
4. Diagnóza:	
5. Trvá ešte liečba? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	
Kto Vás lieči? Meno a adresa lekára, príp. nemocnice:	

6. V ktorej zdravotnej poisťovni máte zdravotné poistenie?

.....
Zdravotná poisťovňa kraj/obvod
Iná poisťovňa:
Číslo Vašej zdravotnej poistky:

7. Vlastníte:

ak áno:

meno spoločnosti:

Nemocenské poistenie

ÁNO	NIE
-----	-----

 číslo PZ:.....

Úrazové poistenie

ÁNO	NIE
-----	-----

 číslo PZ:.....

Iné cest.poistenie

ÁNO	NIE
-----	-----

 číslo PZ:.....

Kreditnú kartu

ÁNO	NIE
-----	-----

 akú ?

VISA MASTERCARD DINERS AMERICAN EXPRESS

Číslo kreditnej karty:

8. Žiadali ste už od poisťovni uvedenej v bode 7. náhradu škody?

Ak áno, od akej?..... Boli Vaš požiadavky uznané?

ÁNO	NIE
-----	-----

9. Prílohy:

10. Poistné plnenie má byť poukázané na nasledovný účet:

Číslo účtu: kód banky

Banka: účet znie na:

IBAN*

BIC Code*

* iba pri poukázaní do zahraničia

.....
mesto, dátum

.....
podpis