

# Oznámenie o poistnej udalosti

## poistenie zodpovednosti za škodu

### Toto potvrdenie čo najskôr:

- zašlite na adresu: Generali Poistovňa, a. s., Lamačská cesta 3/A, 841 04 Bratislava alebo
- odovzdajte na ktoromkoľvek obchodnom mieste Generali Poistovňa, a. s.

Číslo poistnej zmluvy/Typ kreditnej karty

## Poistený

Titul, meno, priezvisko	Rodné číslo
Adresa bydliska	Telefónne číslo
	E-mail
Číslo účtu (IBAN)	Štátna príslušnosť

## Poškodený

Titul, meno, priezvisko	Telefónne číslo
Adresa bydliska	E-mail
	Štátna príslušnosť

## Poistná udalosť

Dátum vzniku poistnej udalosti	
Začiatok cesty	Koniec cesty
Krajina vzniku poistnej udalosti	
Účel cesty	
Výška vzniknutej škody	Mena

## Popis a priebeh škodovej udalosti

**Domnievate sa, že za vzniknutú škodu zodpovedáte?** Prosím, uveďte dôvod.

**Uhradili ste vzniknutú škodu poškodenému?**

áno  nie

pokračovanie na ďalšej strane >>>

## Hlásili ste poistnú udalosť asistenčnej služby Europ Assistance?

áno  nie

**Ak áno**

**Dátum a čas volania**

**Telefónne číslo, z ktorého bola volaná  
asistenčná služba**

**Ak nie, z akého dôvodu?**

## Mali ste na obdobie pobytu v zahraničí dojednané poistenie aj v inej poisťovni?

áno  nie

**Ak áno, v ktorej?**

Vyhlasujem, že mnou poskytnuté informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek mnou neuvedený, neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok zníženie poistného plnenia. Súhlasím so zisťovaním a preskúmaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného v čase vzniku poistnej udalosti a s tým, že poistné plnenie bude uhradené v súlade s poistnou zmluvou a poistnými podmienkami.

\* (vyplniť len v prípade priznania invalidného dôchodku)

\_\_\_\_\_  
**Miesto a dátum**

\_\_\_\_\_  
**Podpis poisteného**

Poistovateľ 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.