

Liečebné náklady**Generali Poist'ovňa, a. s., odštepny závod Európska cestovná poist'ovňa •****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)*

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?

 ÁNO NIE

Začiatok cesty:

Destinácia: Koniec cesty:

2. Prečo vznikli náklady?Pobyt v nemocnici preprava domov záchrana kým?Ambulantné ošetrovanie invalidita iný dôvod:

Výška vzniknutých nákladov:..... mena:.....

3. Popis situácie:

Kedy a kde udalosť vznikla? Dátum:..... mesto štát.....

Existujú svedkovia? Meno:..... adresa:

Bola udalosť zaprotokolovaná?

 ÁNO NIE

Kto udalosť zaprotokoloval?

4. Diagnóza:**5. Trvá ešte liečba?** ÁNO 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 poisťky:

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