

## Oznámenie asistenčnej udalosti pre službu ZSE Poistenie platieb

Č. asistenčnej udalosti:

### 1. Údaje o poistenom - Zákazník ZSE Energia

Vyplní Europ Assistance

Priezvisko, meno a titul

Dátum narodenia

Adresa

E-mail

Telefón

Súhlasím, aby mi akákoľvek korešpondencia, týkajúca sa tejto asistenčnej udalosti, bola zasielaná len elektronicky (e-mailom) a to na adresu uvedenú v tomto Oznámení.  
áno      nie

Identifikačné číslo Dohody ZSE Služby pre domov

Účinnosť poistenia od

Dátum uzatvorenia poistenia

Rehabilitácia alebo kúpeľná liečba od - do

Dátum vystavenia lekárskeho predpisu na rehabilitáciu alebo kúpeľného poukazu

Dátum vzniku ochorenia alebo úrazu

Opíšte okolnosti, z akého dôvodu (úraz alebo choroba) Vám bol vystavený lekársky predpis na rehabilitáciu alebo kúpeľnú liečbu

Meno, adresa, telefón Vášho praktického lekára v SR

Meno, adresa, telefón Vášho lekára – špecialistu v SR (chirurg, internista, gynekológ, stomatológ a pod.)

### 2. Špecifikácia požadovaných plnení pri asistenčných službách ZSE Poistenie platieb

Nadštandardné ubytovanie	áno	nie	Ubytovanie príbuzného	áno	nie
Doprava zo zdravotníckeho zariadenia	áno	nie			

V prípade ubytovania príbuzného uveďte meno a priezvisko príbuzného a jeho vzťah k poistenému

Ďalšie služby – prosíme, špecifikujte:

### 3. Špecifikácia nákladov spojených s asistenčnou udalosťou

Dátum	Špecifikácia nákladov	Suma v EUR	Uhradené	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	áno	nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	áno	nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	áno	nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	áno	nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	áno	nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	áno	nie
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	áno	nie

Názov a kód Vašej zdravotnej poisťovne v SR

Máte uzatvorené nejaké ďalšie poistenie, ktoré kryje vzniknutú udalosť?      áno      nie

Ak áno, prosíme, vyplňte nasledujúce údaje:

       
Názov poisťovne      Číslo poisťovej zmluvy

Adresa poisťovne

### 4. Bankové údaje pre zaslanie sumy poistného plnenia

       
Názov banky      Číslo účtu/kód banky

IBAN

### Ochrana osobných údajov

Na účely informovania klienta o spracúvaní osobných údajov v podmienkach poisťiteľa slúži Informácia o spracúvaní osobných údajov. Klient berie na vedomie a výslovne súhlasí s tým, aby jednou z možností ako poisťiteľ plní svoju informačnú povinnosť podľa Čl. 12 a nasl. Všeobecného nariadenia o ochrane údajov bolo zverejnenie informácií na webovom sídle ERGO (www.ergo.sk).

**Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedala/-al pravdivo a úplne. Som si vedomá/-ý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií. Vyhlasujem, že som sa oboznámila/-il s ustanoveniami o ochrane osobných údajov uvedených v Rámcovej poisťovej zmluve a príslušných Všeobecných poistných podmienkach.**

### 5. Za poisteného

                   
Miesto      Dátum      Meno a priezvisko poisteného      Podpis

### 6. Ako prílohy tohto oznámenia, prosíme, priložte pre posúdenie asistenčnej udalosti nasledujúce dokumenty:

- Lekársky predpis na rehabilitáciu vydaný lekárom poisteného,
- Potvrdenie o schválení kúpeľnej starostlivosti príslušnou zdravotnou poisťovňou,
- Lekárska správa z prvého ošetrenia úrazu alebo ochorenia, alebo správa s uvedením dátum vzniku ochorenia alebo úrazu,
- Originálny doklad k zaplatenému nadštandardnému ubytovaniu, doprave alebo ubytovaniu, prípadne iné služby, ktoré ste hradili.

Pozn: Poisťovňa si môže v rámci vyšetrovania vyžiadať ďalšie doklady.

**Adresa pre zaslanie dokumentácie: Europ Assistance s.r.o., P. O. Box 385, 810 00 Bratislava. Tel.: 0850 646 646**