

OZNÁMENIE TRVALÝCH NÁSLEDKOV ÚRAZU

Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Miletičova 21, 821 08 Bratislava, IČO: 47 236 060, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Po, vložka č.: 2019/B, organizačná zložka Groupama Biztosító Zrt., so sídlom: Erzsébet királyiné útja 1/C, 1146 Budapest, Maďarsko, IČO: 01-10-041071, DIČ: 4020340236, registrovaná Registrovým súdom Súdnej stolice pre hlavné mesto, číslo registrácie: 01-10-041071 (ďalej len „poisťovateľ“)

Číslo poisťnej zmluvy: _____

1. Informácie pre poisteného

- Pri telesných poškodeniach spôsobených úrazom vzniká nárok na denné odškodné za čas nevyhnutného liečenia úrazu, iba ak čas nevyhnutného liečenia trvá minimálne 15 dní alebo na denné odškodné za pourazovú hospitalizáciu od začiatku hospitalizácie.
- Vyplňte, prosím, iba prvé dve strany dokumentu. Stranu 3 vyplní lekár, ktorý daný úraz liečil.
- Uhradte ošetrojúcemu lekárovi za vyplnenie druhej strany tlačiva sumu 4,98 eur. Prijatie sumy Vám potvrdí lekár na tomto tlačive a vydá potvrdenku o zaplatení, ktorú priložte k oznámeniu.
- Vyplnené tlačivo spolu s fotokópiou zdravotnej dokumentácie, vrátane popisov RTG snímok, týkajúcich sa Vášho úrazu, odovzdajte obchodnému zástupcovi poisťovateľa alebo zašlite na adresu: Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, P. O. Box 32, Miletičova 21, 820 05 Bratislava 25.

2. Údaje o poistenom

- Priezvisko: _____
- Meno: _____ c. Titul: _____
- Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
- Dátum narodenia: _____. _____. _____ f. Rodné číslo: _____ / _____
- Telefónne číslo: _____
- Zamestnanie: _____ i. IČO: _____
- Zamestnávateľ: _____
- Adresa zamestnávateľa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

3. Údaje o vzniku poisťnej udalosti

- Dátum vzniku udalosti: _____. _____. _____ o ____ : ____ hod.
- Miesto vzniku udalosti (štát, mesto): _____
- Podrobný opis okolností vzniku úrazu: _____

- Ktorá časť tela bola poranená? _____
- Adresa zdravotníckeho zariadenia v ktorom ste sa liečili:
ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
- Meno lekára v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu: _____
- Adresa lekára v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu:
ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
- Došlo k úrazu pri výkone povolania? áno nie
- Označte činnosť, pri ktorej došlo k úrazu:
 k/1. opravárska, údržbárska a pod. činnosť k/2. v domácnosti k/3. v škole alebo pri akciách organizovaných školou
 k/4. v cestnej doprave k/5. v ostatnej doprave k/6. pri pešej chôdzi k/7. pri športe
 k/8. pri inej činnosti mimo povolania k/9. pri podnikateľskej činnosti

3. Údaje o vzniku poistnej udalosti (pokračovanie)

l. Označte alebo opíšte zdroj, ktorý bol príčinou úrazu:

- //1. manipulácia so strojmi alebo nástrojmi //2. manipulácia s materiálom //3. spadnutie, šmyknutie
//4. pád predmetov, zavalenia a pod. //5. dopravné prostriedky //6. výbuch chemikálie, strelné zbrane, elektrina
//7. popáleniny, plyny, jedy, omrzliny, žiarenia //8. napadnutie zvieratami //9. napadnutie inou osobou
//10. iné _____

m. Ak sa úraz stal pri športe alebo inej telovýchovnej činnosti, uveďte názov organizácie, ktorou bol organizovaný: _____

n. Prípud vyšetrol: _____

4. Svedkovia

a. Meno a priezvisko I. svedka: _____

b. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

c. Meno a priezvisko II. svedka: _____

d. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

5. Úraz motorovým vozidlom

a. Druh vozidla: _____ b. Továrnská značka: _____

c. Evidenčné číslo vozidla: _____ d. Počet sedadiel: _____ e. Počet prepravovaných osôb: _____

f. Číslo VIN: _____

g. Meno a priezvisko vodiča: _____

h. Adresa vodiča: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

i. Meno a priezvisko spolucestujúceho: _____

j. Adresa spolucestujúceho: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

k. Ktorá z týchto osôb bola tiež zranená? _____

6. Poistné plnenie poukázať na

a. číslo účtu (IBAN): _____

SWIFT BIC: _____

Majiteľ bankového účtu: _____

b. adresu: ulica _____ číslo _____

mesto/obec _____ PSČ _____

7. Vyhlásenie

Podpísaný poistený vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a som si vedomý následkov vyplývajúcich z nepravdivých odpovedí. Zároveň súhlasím, aby si poisťovateľ vyžiadal všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu k mojej liečbe. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach týkajúcich sa môjho zdravotného stavu.

Podpísaný prehlasuje, že v prípade, ak uviedol osobné údaje o iných osobách na tomto tlačive, má od tejto osoby súhlas na poskytnutie jej osobných údajov poisťovateľovi na účel likvidácie poistných udalostí.

Informáciu o spracúvaní osobných údajov v súvislosti so spôsobenou škodou možno získať na webovej stránke poisťovateľa Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, www.groupama.sk.

V _____ dňa _____ . _____ . _____

_____ podpis poisteného

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Miletičova 21, 821 08 Bratislava, IČO: 47 236 060, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Po, vložka č.: 2019/B, organizačná zložka Groupama Biztosító Zrt., so sídlom: Erzsébet királyné útja 1/C, 1146 Budapest, Maďarsko, IČO: 01-10-041071, DIČ: 4020340236, registrovaná Registrovým súdom Súdnej stolice pre hlavné mesto, číslo registrácie: 01-10-041071 (ďalej len „poisťovateľ“)

1. Informácie pre lekára

Za vyplnenie tohoto tlačiva Vám patrí odmena vo výške 4,98 eur, ktorú Vám uhradí poistený. Dovoľujeme si Vás požiadať o vystavenie príjmového dokladu (originál). K tomu istému úrazu vyplňte toto tlačivo iba raz (platí pre Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu). Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval telesné poškodenie, úraz osoby, ktorá je uvedená na predošlých stranách tohoto oznámenia a zistil telesné poškodenie a zdravotné ujmy tohoto druhu a rozsahu.

2. Údaje poškodenej osoby

- a. Meno a priezvisko: _____
- b. Adresa: ulica _____ číslo _____
 mesto/obec _____ PSČ _____
- c. Rodné číslo: _____ / _____
- d. Prvé lekárske ošetrenie bolo vykonané dňa _____. _____ o _____ : _____ hod.
- e. Meno a priezvisko lekára: _____
- f. Adresa zdravotníckeho zariadenia: ulica _____ číslo _____
 mesto/obec _____ PSČ _____
- g. Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu, diagnóza vlastného zranenia: _____

- h. Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie a jeho rozsah úrazovému deju uvedenému na prvej strane tohoto oznámenia? áno nie
- i. Nálezy: opis, Rtg, CT, NMR, Audio, Perimeter iné _____
- j. Podrobný popis spôsobu a druhu ošetrenia: _____

3.

- a. Ošetrojúci lekár zistil, že úraz zo dňa _____ zanechal zdravotné ujmy (trvalé následky) tohto druhu a rozsahu – popis objektívnych príznakov, najmä poruchy funkcií tých častí ľudského orgánu, ktoré boli úrazom postihnuté, pri jazvách uveďte presne ich veľkosť, dĺžku, plochu, tvar a lokalizáciu.
- b. Majú na rozsah trvalých následkov vplyv choroby s úrazom nesúvisiace áno nie
 Ak áno, uveďte aké (napríklad diabetes melitus, chronické ochorenie pečene a pod.)
- c. Nastali zistené zmeny výlučne v dôsledku úrazu? áno nie
 Ak nie uveďte prognózu: _____
- d. je liečenie úrazu skončené a súčasný stav je ustálený? áno nie
 Ak nie, uveďte prognózu: _____
- e. Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutá(ý) už pred týmto úrazom? áno nie
 Ak áno, uveďte kedy, ako a v akom rozsahu: _____

V prípade požiadavky posudkového lekára Groupama poisťovne a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, vyslovujem súhlas k účinnej spolupráci. Vyhlasujem, že som zodpovedal pravdivo a úplne na všetky otázky a som si vedomý dôsledku nepravdivých odpovedí.

V _____ dňa _____. _____

_____ pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára