



OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI Z INVESTIČNÉHO ŽIVOTNÉHO POISTENIA – OBLÚK ŽIVOTA

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“)

Číslo poistnej zmluvy: _____

1. Druh poistnej udalosti

- a. smrť
b. kritické choroby
c. hospitalizácia
d. nemocničné ošetrovanie vyplývajúce z úrazu
e. invalidita následkom úrazu

2. Údaje o poistenom

- a. Meno a priezvisko: _____
b. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
c. Rodné číslo: _____ / _____ d. Číslo OP: _____
e. Telefónne číslo: _____ f. Číslo úverovej zmluvy: _____
g. E-mail*: _____
*Vyhlasujem, že uvedením e-mailovej adresy súhlasím s elektronickou komunikáciou v súvislosti s likvidáciou predmetnej škodovej udalosti.
h. Poistné plnenie žiadam zaslať:
 na číslo účtu (IBAN): _____
SWIFT BIC: _____
Majiteľ účtu: _____
 poštovým poukazom na vyššie uvedenú adresu

3. Starobný dôchodok

- a. Bol Vám priznaný starobný dôchodok? áno, od _____. _____. _____ nie
b. Čakáte na priznanie starobného dôchodku? áno, od _____. _____. _____ nie

4. Invalidný dôchodok

- a. Bol Vám priznaný invalidný dôchodok? áno, od _____. _____. _____ nie
b. Čakáte na priznanie invalidného dôchodku? áno, od _____. _____. _____ nie

5. Údaje o vzniku poistnej udalosti

- a. Dátum vzniku poistnej udalosti: _____. _____. _____
b. Došlo k poistnej udalosti následkom požitia alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok? áno nie
c. Bola poistná udalosť vyšetrovaná políciou? áno nie d. K poistnej udalosti došlo v dôsledku: choroby úrazu
e. Stručný popis poistnej udalosti: _____
f. Údaje praktického lekára, u ktorého je kompletná zdravotná karta poisteného:
f1. Meno a priezvisko: _____
f2. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
f3. Telefónne číslo: _____

6. V prípade poistnej udalosti smrť/invalidita následkom úrazu

- a. Stručný popis poistnej udalosti: _____

- b. Potrebné dokumenty (kópie, resp. overené fotokópie):
- b/1. V prípade smrti: úmrtný list poisteného lekárom vyplnený list o prehliadke mŕtveho
 pitevná správa (ak bola prevedená súdna pitva)
- b/2. V prípade invalidity: rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku poistenému vystaveného Sociálnou poisťovňou s vyznačeným dátumom, ku ktorému toto rozhodnutie nadobudlo právoplatnosť a vykonateľnosť
 lekárska správa posudkového lekára sociálneho poistenia
- c. Kontaktná osoba:
- c/1. Meno a priezvisko: _____
- c/2. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
- c/3. Telefónne číslo: _____
- c/4. E-mail*: _____
- *Vyhlasujem, že uvedením e-mailovej adresy súhlasím s elektronickou komunikáciou v súvislosti s likvidáciou predmetnej škodovej udalosti.
- d. Údaje lekára, ktorý liečil poisteného:
- d/1. Meno a priezvisko: _____
- d/2. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
- d/3. Telefónne číslo: _____

7. V prípade poistnej udalosti hospitalizácia

- a. Začiatok hospitalizácie: _____ . _____ . _____
- b. Koniec hospitalizácie: _____ . _____ . _____
- c. Počet dní hospitalizácie: _____
- d. Dôvod hospitalizácie: _____
- e. Adresa nemocnice (inštitúcie):
- ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

8. V prípade poistnej udalosti kritické choroby

- a. Názov kritickej choroby: _____

- b. Diagnóza bola stanovená dňa: _____ . _____ . _____
- c. Meno lekára, ktorý stanovil diagnózu: _____
- d. Názov inštitúcie, v ktorej bola stanovená diagnóza: _____
- e. Adresa nemocnice (inštitúcie):
- ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

9. V prípade poistnej udalosti nemocničné ošetrovanie vyplývajúce z úrazu

- a. Dátum vzniku udalosti: _____ . _____ . _____ o _____ : _____ hod
- b. Dátum začiatku nemocničného ošetrovania: _____ . _____ . _____ o _____ : _____ hod
- c. Dátum ukončenia nemocničného ošetrovania: _____ . _____ . _____ o _____ : _____ hod
- d. Miesto vzniku udalosti (štát, mesto): _____
- e. Podrobný opis okolností vzniku úrazu: _____

9. V prípade poistnej udalosti nemocničné ošetrovanie vyplývajúce z úrazu (pokračovanie)

- f. Ktorá časť tela bola poranená? _____
- g. Bola táto časť funkčne alebo inak postihnutá pred úrazom? áno nie
- h. Adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste sa liečili:
- ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
- i. Adresa zdravotníckeho zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrovanie:
- ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
- j. Meno lekára v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu: _____
- k. Adresa lekára v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu:
- ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
- l. Došlo k úrazu pri výkone povolania? áno nie

Podpísaný poistený/oprávnený vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a som si vedomý následkov vyplývajúcich z nepravdivých odpovedí.

Súhlasím so zisťovaním a preskúvaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu (poisteného), resp. straty zamestnania (poisteného). Nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné ukončiť vyšetrenie poistnej udalosti.

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.

Informácie o spracúvaní osobných údajov v súvislosti s likvidáciou poistnej udalosti možno získať na webovej stránke poisťovateľa Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, www.groupama.sk.

V _____ dňa _____ . _____ . _____

podpis poisteného/oprávnenej osoby



INFORMÁCIE O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Túto časť vyplní lekár poisteného.

1. Údaje praktického (ošetrojúceho) lekára poisteného v prípade smrti alebo Invalidity následkom úrazu

- a. Meno a priezvisko: _____
- b. Názov zdravotníckeho zariadenia: _____
- c. Adresa zdravotníckeho zariadenia:
- ulica _____ číslo _____
- mesto/obec _____ PSČ _____
- d. Telefónne číslo: _____

2. Údaje poisteného

- a. Meno a priezvisko: _____
- b. Rodné číslo: _____ / _____

3. Druh poistnej udalosti

- a. smrť následkom choroby
- b. invalidita následkom úrazu
- c. smrť následkom úrazu
- d. hospitalizácia
- e. kritické choroby
- f. nemocničné ošetrovanie vyplývajúce z úrazu

4. Nahlásená poistná udalosť v dôsledku choroby alebo úrazu

- a. Z titulu akého ochorenia, úrazu je nahlásená poistná udalosť?
- a/1. Dg. kódom/slovne: _____ / _____
- b. Kedy vzniklo ochorenie/úraz nahlásené ako poistná udalosť (kedy bolo prvýkrát diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii)?
- b/1. Dg. _____ od _____. _____. _____
- b/2. Dg. _____ od _____. _____. _____
- c. Liečba, prípadné komplikácie a ďalšie významné diagnózy počas predmetnej pracovnej neschopnosti. V prípade viacerých diagnóz vypíšte jednotlivé dg. a rozmedzie ich trvania počas pracovnej neschopnosti _____
- _____
- _____

5. Diagnózy

- a. Zdravotný stav poisteného k dátumu začiatku poistenia, t. j. ku dňu _____. _____. _____
- b. Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal/má zistené (napr. vysoký tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita, prípadne štádium a iné)? Kedy uvedené ochorenia začali (kedy boli prvýkrát zistené, diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii)?
- b/1. Dg. kódom/slovne: _____ / _____
- od _____. _____. _____
- b/2. Dg. kódom/slovne: _____ / _____
- od _____. _____. _____
- c. Uvedte pracovné neschopnosti spolu s diagnózami a trvaním v období 2 rokov pred začiatkom poistenia.
- c/1. PN dg.: _____ / _____
- od _____. _____. _____ do _____. _____. _____
- c/2. PN dg.: _____ / _____
- od _____. _____. _____ do _____. _____. _____
- c/3. PN dg.: _____ / _____
- od _____. _____. _____ do _____. _____. _____

6. Invalidný alebo starobný dôchodok

a. Je poistený v invalidnom dôchodku/starobnom dôchodku alebo čaká na jeho priznanie?

áno, od [] [] . [] [] . [] [] [] [] nie

Údaje o zdravotnom stave musia byť overené a potvrdené praktickým lekárom poisteného, v opačnom prípade Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, predmetné údaje nemôže uznať pre potreby vyšetrenia nahlásenej poistnej udalosti. Náklady za vystavenie predmetného potvrdenia lekárom hradí poistený, resp. kontaktná osoba, poisťovateľ daný doklad neprepláca.

Podpísaný vyhlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

Informácie o spracúvaní osobných údajov v súvislosti s likvidáciou poistnej udalosti možno získať na webovej stránke poisťovateľa Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, www.groupama.sk.

V _____ dňa [] [] . [] [] . [] [] [] []

podpis a pečiatka lekára poisteného