

OSZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI Z RIZIKOVÉHO ŽIVOTNÉHO POISTENIA – BEZPEČNÝ ŽIVOT

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. <input type="checkbox"/> smrť | b. <input type="checkbox"/> kritické choroby |
| c. <input type="checkbox"/> hospitalizácia | d. <input type="checkbox"/> chirurgické zákroky |
| e. <input type="checkbox"/> zlomeniny, popáleniny | f. <input type="checkbox"/> pracovná neschopnosť |
| g. <input type="checkbox"/> invalidita z dôvodu trvalých následkov úrazu alebo choroby | h. <input type="checkbox"/> oslobodenie od platenia poistného v prípade invalidity |

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. 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, a to _____ . _____ . _____ nie
- b. Čakáte na priznanie starobného dôchodku? áno, a to _____ . _____ . _____ nie

4. 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:
- f/1. Meno a priezvisko: _____
- f/2. Adresa: ulica _____ číslo _____
 mesto/obec _____ PSČ _____
- f/3. Telefónne číslo: _____

5. V prípade poistnej udalosti smrť/invalidita z dôvodu trvalých následkov úrazu alebo choroby

- 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
 zmluva v rámci ktorej poistený pristúpil k poisteniu splátok úveru

5. V prípade poistnej udalosti smrť/invalidita z dôvodu trvalých následkov úrazu alebo choroby (pokračovanie)

c. Kontaktná osoba:

c/1. Meno a priezvisko: _____
c/2. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
c/3. Telefónne číslo: _____

d. Údaje lekára, ktorý liečil poisteného:

d/1. Meno a priezvisko: _____
d/2. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
d/3. Telefónne číslo: _____

6. V prípade poistnej udalosti pracovná neschopnosť

a. Boli ste k dátumu vzniku pracovnej neschopnosti zamestnaný?

áno nie, som nezamestnaný od _____. _____, _____

a/1. ak áno, v akom pomere? trvalý pracovný pomer SZČO zamestnaný, ale v skúšobnej dobe

b. Údaje zamestnávateľa:

b/1. Obchodné meno/názov: _____
b/2. Kontaktná osoba: _____
b/3. Telefónne číslo: _____

c. Ide o následky úrazu z minulosti? áno nie c/1. ak áno, stal sa: _____. _____, _____

c/2. o aký úraz išlo: _____

d. Odhad doby trvania pracovnej neschopnosti (podľa Vášho lekára) do: _____. _____, _____

e. Boli ste už v pracovnej neschopnosti z rovnakého dôvodu ako teraz:

nie áno od _____. _____, _____ do _____. _____, _____

f. Potrebne dokumenty (kópie, resp. overené fotokópie):

- kópiu lekárom vystaveného dokladu potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti so stanovením čísla diagnózy (I.časť)
 kópiu prepúšťacej správy príslušného zdravotníckeho zariadenia (ak došlo k hospitalizácii)
 kópiu poistnej zmluvy, v rámci ktorej ste pristúpili k poisteniu Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu

g. Údaje lekára, ktorý Vás lieči:

g/1. Meno a priezvisko: _____
g/2. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
g/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 _____ poschodie _____ číslo dverí _____
mesto/obec _____ PSČ _____

8. V prípade poistnej udalosti chirurgické zákroky

- a. Dátum a názov chirurgického zákroku: | | | . | | | . | | | | _____
- b. Názov nemocnice (inštitúcie): _____
- c. Adresa nemocnice (inštitúcie):
ulica _____ číslo _____ poschodie _____ číslo dverí _____
mesto/obec _____ PSČ _____

9. 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 _____ poschodie _____ číslo dverí _____
mesto/obec _____ PSČ _____

10. V prípade poistnej udalosti zlomeniny a popáleniny

- a. Dátum vzniku udalosti: | | | . | | | . | | | | o | | | : | | | hod
- b. Miesto vzniku udalosti (štát, mesto): _____
- c. Podrobný opis okolností vzniku úrazu: _____
- d. Ktorá časť tela bola poranená? _____
- e. Bola táto časť funkčne alebo inak postihnutá pred úrazom? áno nie
- f. Adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom ste sa liečili:
ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
- g. Adresa zdravotníckeho zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrovanie:
ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
- h. Meno lekára v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu: _____
- i. Adresa lekára v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu:
ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
- j. Došlo k úrazu pri výkone povolania? áno nie

Vyhlasujem, že mnou poskytnuté informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek môj neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie poistného plnenia a následné odstúpenie od poistenia. 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 vyšetrenie poistnej udalosti ukončiť. 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/oprávnenej osoby

INFORMÁCIE O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Túto časť vyplní lekár poisteného.

1. Údaje praktického (ošetrojúceho) lekára poisteného v prípade smrti, invalidity alebo pracovnej neschopnosti následkom choroby alebo 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 z dôvodu trvalých následkov úrazu alebo choroby
- c. pracovná neschopnosť z dôvodu choroby alebo úrazu

4. Pracovná neschopnosť

- a. Vystavená pracovná neschopnosť: áno nie
- b. Číslo legitimácie: _____
- c. K dátumu pracovnej neschopnosti: zamestnaný/SZČO v skúšobnej dobe nezamestnaný
- d. Doba trvania pracovnej neschopnosti
- od _____. _____. _____ do _____. _____. _____
- schopný práce od _____. _____. _____
- e. Stanovená diagnóza: _____
- f. Konečná diagnóza: _____
- g. Liečil sa poistený v minulosti na uvedené ochorenie?
- áno, od _____. _____. _____ do _____. _____. _____ nie
- h. Došlo v priebehu liečenia ku komplikáciám, ktoré mali za následok predĺženie liečenia nad obvyklú dobu?
- áno, nasledovné _____ nie
- i. Došlo k poistnej udalosti požitím alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok? áno nie

5. 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 _____
- _____
- _____

6. 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 _____. _____. _____

7. 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.

V _____ dňa _____. _____. _____

_____ podpis a pečiatka lekára poisteného