

## 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. 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 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  
 zmluva v rámci ktorej poistený pristúpil k poisteniu splátok úveru

### 5. V prípade poistnej udalosti smrť/invalidita následkom úrazu (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 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 \_\_\_\_\_

### 7. 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 \_\_\_\_\_

## 8. 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 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 prvotné 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

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 vyhlasuje, že súhlasí v zmysle zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení so spracovaním, poskytnutím, sprístupnením, cezhraničným tokom a prenosom svojich osobných údajov v poskytnutom rozsahu a za účelom výkonu činností, ktoré sú predmetom podnikania Groupama poisťovne a. s., pobočky poisťovne z iného členského štátu, ako aj jej zmluvným partnerom a iným oprávneným subjektom v súvislosti s uplatnením práv a povinností vyplývajúcich z poistného vzťahu, a to i mimo územia SR. V zmysle § 12 ods. 1 citovaného zákona podpísaný vyhlasuje, že osobné údaje o iných osobách uviedol na tomto tlačive s ich súhlasom a že bol oboznámený so skutočnosťami vyplývajúcimi z § 15 ods. 1 zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov v platnom znení.

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.

V \_\_\_\_\_ dňa | | . | | . | | | |

\_\_\_\_\_  
podpis a pečiatka lekára poisteného