

## OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI Z POISTENIA NÁKLADOV NA LIEČENIE DOMÁCICH ZVIERAT (PES/MAČKA)

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. Údaje o poistenom

a. Meno a priezvisko/obchodné meno: \_\_\_\_\_

b. Adresa: ulica \_\_\_\_\_ číslo \_\_\_\_\_  
mesto/obec \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

c. Rodné číslo/IČO: \_\_\_\_\_ d. Telefónne číslo\*: \_\_\_\_\_

e. E-mail: \_\_\_\_\_

f. Ste platcom DPH?  áno  nie

g. Poistné plnenie žiadam zaslať:  
 na číslo účtu (IBAN): \_\_\_\_\_  
 SWIFT/BIC: \_\_\_\_\_  
 Majiteľ účtu: \_\_\_\_\_  
 poštovým poukazom na uvedenú adresu

\*na toto číslo Vám bude zároveň odoslaná aj SMS správa o uzavretí škodovej udalosti.

### 2. Údaje o vzniku škodovej udalosti

a. Dátum vzniku škodovej udalosti: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ o \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hod.

b. Miesto vzniku škodovej udalosti:  
Adresa: ulica \_\_\_\_\_ číslo \_\_\_\_\_  
mesto/obec \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

c. Popis škodovej udalosti: \_\_\_\_\_

d. Škodová udalosť vznikla v dôsledku:  ochorenia  otravy  utratenia  úrazu poisteného zvierata  úhynu  
 úrazu pri preprave vozidlom  úhynu následkom úrazu  operácie  
 infekčnej choroby/nákazy  z iných príčin: \_\_\_\_\_

### 3. Údaje o poistenom zvierati

a. Druh zvierata:  pes  mačka b. Meno zvierata: \_\_\_\_\_

c. Plemeno: \_\_\_\_\_ d. Hmotnosť zvierata: \_\_\_\_\_ kg

e. Dátum narodenia zvierata: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ f. Číslo čipu/tetovania: \_\_\_\_\_

g. Meno a priezvisko veterinárneho lekára, ktorý poistené zviera zvyčajne ošetruje: \_\_\_\_\_

h. Telefónne číslo: \_\_\_\_\_

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal úplne a pravdivo, splnomocňujem poisťovateľa, aby za mňa nároky s poškodeným prerokoval a ak sú oprávnené ich aj vysporiadal. 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 Slovenskej republiky. 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. Poistník/poistený/poškodený je oprávnený uplatniť si práva dotknutej osoby podľa príslušných ustanovení zákona o ochrane osobných údajov (napr. právo vyžadovať informácie, právo vyžadovať likvidáciu osobných údajov, právo podať námietky voči spracovaniu).

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ podpis poisteného

## VETERINÁRNE OSVEDČENIE

- a. Číslo čipu/tetovania zvierťa: \_\_\_\_\_
- b. Aktuálna hmotnosť zvierťa: \_\_\_\_\_ kg
- c. Je zvieru udržiavané v imunitě pravidelným očkovaním?  áno  nie
- d. Dátum prvého veterinárneho ošetrenia: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_
- e. Obchodné meno veterinárneho zariadenia: \_\_\_\_\_
- f. Meno a priezvisko veterinárneho lekára: \_\_\_\_\_
- g. Adresa veterinárneho zariadenia:
- ulica \_\_\_\_\_ číslo \_\_\_\_\_
- mesto/obec \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_
- h. Popis ochorenia/nákazy/úrazu: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- i. Diagnóza: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- j. Priebeh liečby: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- k. Iné záznamy veterinárneho lekára: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
podpis a odtlačok pečiatky  
veterinárneho lekára