



OZNÁMENIE TRVALÝCH NÁSLEDKOV ÚRAZU A SMRTI NÁSLEDKOM 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 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 poisťnej zmluvy: _____

1. Informácie pre poisteného

- Vyplňte, prosím, iba prvé tri strany dokumentu. Stranu 4 vyplní lekár, ktorý daný úraz liečil.
- Uhradte ošetrojúcemu lekárovi za vyplnenie druhej strany tlačiva sumu 5 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, zašlite na adresu: Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, P. O. Box 32, Miletičova 21, 820 05 Bratislava 25 alebo e-mailom na info@groupama.sk.

2. Údaje o poistenom

- Priezvisko: _____
- Meno: _____
- Titul: _____
- Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
- Dátum narodenia: ____ . ____ . ____ f. Rodné číslo: _____ / _____
- Telefónne číslo: _____
- E-mail*: _____
*Vyhlasujem, že uvedením e-mailovej adresy súhlasím s elektronickou komunikáciou v súvislosti s likvidáciou predmetnej škodovej udalosti.
- Zamestnanie: _____ j. IČO: _____
- Zamestnávateľ: _____
- Adresa zamestnávateľa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

3. Údaje zákonného zástupcu

- Priezvisko: _____
- Meno: _____
- Titul: _____
- Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
- Rodné číslo: _____ / _____ f. Telefónne číslo: _____
- E-mail*: _____
*Vyhlasujem, že uvedením e-mailovej adresy súhlasím s elektronickou komunikáciou v súvislosti s likvidáciou predmetnej škodovej udalosti.

4. 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 _____

4. Údaje o vzniku poistnej udalosti (pokračovanie)

h. Došlo k úrazu pri výkone povolania? áno nie

k. 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

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

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

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

n. Bol úraz šetrený (napr. polícia, zamestnávateľ...)? _____

5. Svedkovia

a. Meno a priezvisko I. svedka: _____

a/1. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

a/2. Telefónne číslo: _____

a/3. E-mail*: _____

*Vyhlasujem, že uvedením e-mailovej adresy súhlasím s elektronickou komunikáciou v súvislosti s likvidáciou predmetnej škodovej udalosti.

b. Meno a priezvisko II. svedka: _____

b/1. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

b/2. Telefónne číslo: _____

b/3. E-mail*: _____

*Vyhlasujem, že uvedením e-mailovej adresy súhlasím s elektronickou komunikáciou v súvislosti s likvidáciou predmetnej škodovej udalosti.

6. V prípade poistnej udalosti smrť následkom úrazu

a. Stručný popis poistnej udalosti: _____

b. Potrebné dokumenty (kópie, resp. overené fotokópie):

úmrtný list poisteného lekárom vyplnený list o prehliadke mŕtveho pitevná správa (ak bola prevedená súdna pitva)

7. Údaje oprávnenej osoby v prípade smrti poisteného

a. Priezvisko: _____

b. Meno: _____ c. Titul: _____

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

e. Dátum narodenia: _____. _____. _____

f. Miesto narodenia: _____

g. Rodné číslo: _____ / _____

h. Štátna príslušnosť: _____ i. Číslo občianskeho preukazu: _____

j. Telefónne číslo: _____

k. E-mail*: _____

*Vyhlasujem, že uvedením e-mailovej adresy súhlasím s elektronickou komunikáciou v súvislosti s likvidáciou predmetnej škodovej udalosti.

8. Úraz motorovým vozidlom

a. Druh vozidla:	<input type="text"/>	b. Továrenská značka:	<input type="text"/>
c. Evidenčné číslo vozidla:	<input type="text"/>	d. Počet sedadiel:	<input type="text"/>
e. Počet prepravovaných osôb:	<input type="text"/>	f. Číslo VIN:	<input type="text"/>
g. Meno a priezvisko vodiča:	<input type="text"/>		
h. Adresa vodiča:	ulica <input type="text"/>	číslo <input type="text"/>	
	mesto/obec <input type="text"/>	PSČ <input type="text"/>	
i. Meno a priezvisko spolucestujúceho:	<input type="text"/>		
j. Adresa spolucestujúceho:	ulica <input type="text"/>	číslo <input type="text"/>	
	mesto/obec <input type="text"/>	PSČ <input type="text"/>	
k. Ktorá z týchto osôb bola tiež zranená?	<input type="text"/>		

9. Poistné plnenie poukázať na

a. Číslo bankového účtu (IBAN):	<input type="text"/>		
b. SWIFT/BIC:	<input type="text"/>		
c. Majiteľ účtu:	<input type="text"/>		
d. Adresu:	ulica <input type="text"/>	číslo <input type="text"/>	
	mesto/obec <input type="text"/>	PSČ <input type="text"/>	

10. 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.

Súhlasím so zisťovaním a preskúmaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného, a oprávňujem každého dotknutého lekára alebo zdravotnícke zariadenie, aby poskytli poisťovni všetku potrebnú dokumentáciu na účely likvidácie poistnej udalosti.

Nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné ukončiť vyšetrovanie poistnej udalosti. Podpísaný prehlasuje, že v prípade, ak uviedol osobné údaje o iných osobách na tomto tlačíve, 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



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 tohto tlačiva Vám patrí odmena vo výške 5 eur, ktorú Vám uhradí poisťený. 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 tohto oznámenia a zistil telesné poškodenie a zdravotné ujmy tohto 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. Nález: 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(y) 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.

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

V _____ dňa _____ . _____ . _____

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára