



OZNÁMENIE POBYTU V NEMOCNICI/ZDRAVOTNÍCKOM ZARIADENÍ

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 királyiné 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 poisťovej zmluvy: _____

1. Informácie pre poisteného

Vyplnené tlačivo spolu s prepúšťacou správou z hospitalizácie a fotokópiou zdravotnej dokumentácie odovzdajte v ktoromkoľvek klientskom centre poisťovateľa alebo zašlite na adresu: Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Miletičova 21, P.O. Box 32, 820 05 Bratislava 25 (ďalej len „poisťovateľ“) alebo e-mailom na info@groupama.sk.

2. Údaje poisteného

a. Priezvisko: _____
b. Meno: _____ c. Titul: _____
d. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
e. Rodné číslo: _____ / _____ f. Telefónne číslo: _____
g. E-mail*: _____

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

3. Údaje zákonného zástupcu

a. Priezvisko: _____
b. Meno: _____ c. Titul: _____
d. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
e. Rodné číslo: _____ / _____ f. Telefónne číslo: _____
g. E-mail*: _____

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

4. Údaje o poisťovej udalosti

a. Dátum nástupu do zariadenia: _____. _____. _____
b. Dátum prepustenia zo zariadenia: _____. _____. _____
c. Dôvod pobytu (pozn. diagnóza): _____
d. Meno a priezvisko lekára, ktorý liečil poisteného: _____
e. Názov zdravotníckeho zariadenia: _____
f. Adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom sa poistený liečil:
ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

5. Poistné plnenie poukázať na

- a. Číslo bankového účtu (IBAN): _____
- b. SWIFT/BIC: _____
- c. Majiteľ účtu: _____
- d. Adresu: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____

6. Prílohy

- a. všetky lekárske správy z hospitalizácie (odborné vyšetrenia, laboratórne testy, odporúčania lekára a iné)
- b. iné: _____

7. Vyhlásenie poisteného resp. zákonného zástupcu poisteného

Podpísaný poistený vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a je si vedomý následkov vyplývajúcich z nepravdivých odpovedí. Zároveň súhlasí, aby si poisťovateľ vyžiadal všetku potrebnú zdravotnú dokumentáciu k liečbe poisteného. Súčasne pozbavuje lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach týkajúcich sa jeho zdravotného stavu. Ďalej súhlasí so zisťovaním a preskúvaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného, a oprávňuje každého dotknutého lekára alebo zdravotnícke zariadenie, aby poskytli poisťovní všetku potrebnú dokumentáciu na účely likvidácie poistnej udalosti.

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.

Zákonný zástupca maloletého poisteného vyhlasuje, že je oprávnený zastupovať maloletého a spravovať jeho záležitosti.

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,
resp. jeho zákonného zástupcu