



## OZNÁMENIE 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 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

- Vyplňte, prosím, iba prvé dve strany dokumentu. Stranu 3 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 priložite 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.

### 2. Údaje o poistenom

- Priezvisko: \_\_\_\_\_
- Meno: \_\_\_\_\_
- Titul: \_\_\_\_\_
- Adresa: ulica \_\_\_\_\_ číslo \_\_\_\_\_  
mesto/obec \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_
- Dátum narodenia: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_
- 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 o vzniku poisťovej udalosti

- Dátum vzniku udalosti: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_ : \_\_\_\_ hod.
- Miesto vzniku udalosti (štát, mesto): \_\_\_\_\_
- Podrobný opis okolností vzniku úrazu: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ktorá časť tela bola poranená? \_\_\_\_\_
- Bola táto časť funkčne alebo inak postihnutá pred úrazom?  áno  nie
- Adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom Vám úraz ošetrili:  
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 \_\_\_\_\_
- Došlo k úrazu pri výkone povolania?  áno  nie
- Označte činnosť, pri ktorej došlo k úrazu:  
j/1.  opravárska, údržbárska a pod. činnosť j/2.  v domácnosti j/3.  v škole alebo pri akciách organizovaných školou  
j/4.  v cestnej doprave j/5.  v ostatnej doprave j/6.  pri pešej chôdzi j/7.  pri športe  
j/8.  pri inej činnosti mimo povolania j/9.  pri podnikateľskej činnosti

### 3. Údaje o vzniku poistnej udalosti (pokračovanie)

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

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

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

\_\_\_\_\_

m. Prípád vyšetroval: \_\_\_\_\_

### 4. Svedkovia úrazu

a. Meno a priezvisko I. svedka: \_\_\_\_\_

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

c. Telefónne číslo: \_\_\_\_\_

d. E-mail: \_\_\_\_\_

e. Meno a priezvisko II. svedka: \_\_\_\_\_

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

g. Telefónne číslo: \_\_\_\_\_

h. E-mail: \_\_\_\_\_

### 5. Poistné plnenie poukázať na

a. číslo účtu (IBAN): \_\_\_\_\_  
SWIFT BIC: \_\_\_\_\_

Majiteľ bankového účtu: \_\_\_\_\_

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

### 6. 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.

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.

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](http://www.groupama.sk).

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

\_\_\_\_\_ podpis poisteného



## 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 poistený. 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 a číslo diagnózy podľa medzinárodnej klasifikácie chorôb: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- h. Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie a jeho rozsah úrazovému deju uvedenému na prvej strane tohoto oznámenia?  áno  nie
- i. Nálezy:  opis,  Rtg,  CT,  NMR,  Audio,  Perimeter  iné \_\_\_\_\_
- j. Podrobný popis spôsobu a druhu ošetrenia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- k. Ak došlo pri liečení telesného poškodenia ku komplikáciám, uveďte z akej príčiny a o aký druh komplikácie išlo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- l. Skutočný čas nevyhnutného liečenia následkov úrazu trval ,vrátane prípadných komplikácií (povinný údaj)  
od \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- m. Kde bol poranený hospitalizovaný? \_\_\_\_\_
- m/1. Adresa: ulica \_\_\_\_\_ číslo \_\_\_\_\_  
mesto/obec \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_
- m/2. Čas hospitalizácie: od \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_
- n. Nastal úraz následkom požitia alkoholu alebo návykových látok?  áno  nie
- n/1. O aký druh návykovej látky pravdepodobne išlo? \_\_\_\_\_
- n/2. Do akej miery ovplyvnil požitý alkohol alebo návyková látka správanie poisteného? \_\_\_\_\_
- n/3. V krvi bolo zistené \_\_\_\_\_ % alkoholu.
- o. Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutý už pred týmto úrazom?  
 áno, a to \_\_\_\_\_  nie
- p. Ostatné zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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 poistnej udalosti možno získať na webovej stránke poisťovateľa Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, [www.groupama.sk](http://www.groupama.sk).

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

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára