



## OZNÁMENIE TRVALÝCH NÁSLEDKOV 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 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

- a. Priezvisko: \_\_\_\_\_
- b. Meno: \_\_\_\_\_ c. Titul: \_\_\_\_\_
- d. Adresa: ulica \_\_\_\_\_ číslo \_\_\_\_\_  
mesto/obec \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_
- e. Dátum narodenia: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ f. Rodné číslo: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- g. Telefónne číslo: \_\_\_\_\_
- h. E-mail\*: \_\_\_\_\_  
\*Vyhlasujem, že uvedením e-mailovej adresy súhlasím s elektronickou komunikáciou v súvislosti s likvidáciou predmetnej škodovej udalosti.
- i. Zamestnanie: \_\_\_\_\_ j. IČO: \_\_\_\_\_
- k. Zamestnávateľ: \_\_\_\_\_
- l. Adresa zamestnávateľa: ulica \_\_\_\_\_ číslo \_\_\_\_\_  
mesto/obec \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_

### 3. Údaje o vzniku poisťnej udalosti

- a. Dátum vzniku udalosti: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ o \_\_\_\_\_. : \_\_\_\_\_ hod.
- b. Miesto vzniku udalosti (štát, mesto): \_\_\_\_\_
- c. Podrobný opis okolností vzniku úrazu: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d. Ktorá časť tela bola poranená? \_\_\_\_\_
- e. Adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom Vám úraz ošetrili:  
ulica \_\_\_\_\_ číslo \_\_\_\_\_  
mesto/obec \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_
- f. Meno lekára v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu: \_\_\_\_\_
- g. Adresa lekára v evidencii ktorého máte zdravotnú kartu:  
ulica \_\_\_\_\_ číslo \_\_\_\_\_  
mesto/obec \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_
- 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

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

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

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

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

n. Prípadový vyšetrowal: \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- h. Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie a jeho rozsah úrazovému deju uvedenému na prvej strane tohto oznámenia?  áno  nie
- i. Nález:  opis,  Rtg,  CT,  NMR,  Audio,  Perimeter  iné \_\_\_\_\_
- j. Podrobný popis spôsobu a druhu ošetrenia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 3. Údaje o úraze

- 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.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Ak áno, prosím uveďte percentuálnu mieru následkov úrazu: \_\_\_\_\_
- 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](http://www.groupama.sk).

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

pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára