

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI K POISTENIU SPLÁTOK ÚVERU

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. Druh poistnej udalosti

- a. smrť
 c. pracovná neschopnosť
 b. invalidita z dôvodu trvalých následkov úrazu alebo choroby
 d. strata zamestnania

2. Údaje o poistenom

- a. Meno a priezvisko: _____
- b. Adresa: ulica _____ číslo _____
 mesto/obec _____ PSČ _____
- c. Rodné číslo: _____ / _____ d. Číslo OP: _____
- e. Telefónne číslo: _____ f. Číslo úverovej zmluvy: _____
- g. Poistné plnenie žiadam zaslať:
- na číslo účtu (IBAN): _____ SWIFT BIC: _____
 Majiteľ účtu: _____
- poštovým poukazom na vyššie uvedenú adresu

3. Starobný dôchodok

- a. Bol Vám priznaný starobný dôchodok? áno, a to _____ . _____ . _____ nie
- b. Čakáte na priznanie starobného dôchodku? áno, a to _____ . _____ . _____ nie

4. Údaje o vzniku poistnej udalosti

- a. Dátum vzniku poistnej udalosti: _____ . _____ . _____
- b. Došlo k poistnej udalosti následkom požitia alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok? áno nie
- c. Bola poistná udalosť vyšetrovaná políciou? áno nie d. K poistnej udalosti došlo v dôsledku: choroby úrazu
- e. Stručný popis úrazu: _____

- f. Údaje praktického lekára, u ktorého je kompletná zdravotná karta poisteného:
- f/1. Meno a priezvisko: _____
- f/2. Adresa: ulica _____ číslo _____
 mesto/obec _____ PSČ _____
- f/3. Telefónne číslo: _____

5. V prípade poistnej udalosti smrť/invalidita z dôvodu trvalých následkov úrazu alebo choroby

- a. Stručný popis poistnej udalosti: _____

- b. Potrebne dokumenty (kópie, resp. overené fotokópie):
- b/1. V prípade smrti: úmrtný list poisteného lekárom vyplnený list o prehliadke mŕtveho
 pitevná správa (ak bola prevedená súdna pitva)
- b/2. V prípade invalidity: rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku poistenému vystaveného Sociálnou poisťovňou s vyznačeným dátumom, ku ktorému toto rozhodnutie nadobudlo právoplatnosť a vykonateľnosť
 lekárska správa posudkového lekára sociálneho poistenia
 zmluva v rámci ktorej poistený pristúpil k poisteniu splátok úveru

5. V prípade poistnej udalosti smrť/invalidita z dôvodu trvalých následkov úrazu alebo choroby (pokračovanie)

c. Kontaktná osoba:

c/1. Meno a priezvisko: _____
c/2. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
c/3. Telefónne číslo: _____

d. Údaje lekára, ktorý liečil poisteného:

d/1. Meno a priezvisko: _____
d/2. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
d/3. Telefónne číslo: _____

6. V prípade poistnej udalosti pracovná neschopnosť

a. Boli ste k dátumu vzniku pracovnej neschopnosti zamestnaný?

áno nie, som nezamestnaný od _____. _____. _____

a/1. ak áno, v akom pomere? trvalý pracovný pomer SZČO zamestnaný, ale v skúšobnej dobe

b. Údaje zamestnávateľa:

b/1. Obchodné meno/názov: _____
b/2. Kontaktná osoba: _____
b/3. Telefónne číslo: _____

c. Ide o následky úrazu z minulosti? áno nie c/1. ak áno, stal sa: _____. _____. _____

c/2. o aký úraz išlo: _____

d. Odhad doby trvania pracovnej neschopnosti (podľa Vášho lekára) do: _____. _____. _____

e. Boli ste už v pracovnej neschopnosti z rovnakého dôvodu ako teraz:

nie áno od _____. _____. _____ do _____. _____. _____

f. Potrebne dokumenty (kópie, resp. overené fotokópie):

- kópiu lekárom vystaveného dokladu potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti so stanovením čísla diagnózy (I.časť)
 kópiu prepúšťacej správy príslušného zdravotníckeho zariadenia (ak došlo k hospitalizácii)
 kópiu poistnej zmluvy, v rámci ktorej ste pristúpili k poisteniu Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu

g. Údaje lekára, ktorý Vás lieči:

g/1. Meno a priezvisko: _____
g/2. Adresa: ulica _____ číslo _____
mesto/obec _____ PSČ _____
g/3. Telefónne číslo: _____

7. V prípade poistnej udalosti strata zamestnania/nezamestnanosť

- a. Dátum ukončenia pracovného pomeru: . .
- b. Kedy ste obdržali od zamestnávateľa písomné vyrozumie o skončení pracovného pomeru: . .
- c. Údaje zamestnávateľa, u ktorého došlo ku skončeniu pracovného pomeru:
- c/1. Obchodné meno/názov:
- c/2. Kontaktná osoba:
- c/3. Adresa: ulica číslo
mesto/obec PSČ
- c/4. Telefónne číslo:
- d. Dôvod skončenia pracovného pomeru:
- e. Údaje o predchádzajúcom zamestnávateľovi:
- e/1. Obchodné meno/názov:
- e/2. Kontaktná osoba:
- e/3. Adresa: ulica číslo
mesto/obec PSČ
- e/4. Telefónne číslo:
- e/5. Pracovný pomer od . . do . .
- f. Údaje o Úrade práce, sociálnych vecí a rodiny:
- f/1. Adresa: ulica číslo
mesto/obec PSČ
- f/2. Registrovaný od . .
- g. Potrebné dokumenty (kópie, resp. overené fotokópie):
- kópiu pracovnej zmluvy vrátane všetkých dodatkov
- kópiu dokladu o skončení pracovného pomeru s uvedením dôvodu
- kópiu potvrdenia zo Sociálnej poisťovne o priznaní/nepriznaní podpory (dávky) v nezamestnanosti (odôvodnenie nepriznania podpory)
- kópiu rozhodnutia z Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, že ste boli zaregistrovaný do evidencie nezamestnaných (uchádzačov o zamestnanie)
- kópiu poistnej zmluvy, v rámci ktorej ste pristúpili k poisteniu v Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu

Vyhlasujem, že mnou poskytnuté informácie sú úplné a pravdivé. Beriem na vedomie, že akýkoľvek môj neúplný alebo nepravdivý údaj môže mať za následok odmietnutie poistného plnenia a následné odstúpenie od poistenia. Súhlasím so zisťovaním a preskúmaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu (poisteného), resp. straty zamestnania (poisteného). Nedodanie všetkých požadovaných dokladov môže mať za následok, že nebude možné vyšetrenie poistnej udalosti ukončiť. 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 SR. 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.

V _____ dňa . .

podpis poisteného/oprávnenej osoby

INFORMÁCIE O ZDRAVOTNOM STAVE POISTENÉHO

Túto časť vyplní lekár poisteného.

1. Údaje praktického (ošetrojúceho) lekára poisteného v prípade smrti, invalidity alebo pracovnej neschopnosti následkom choroby alebo úrazu

- a. Meno a priezvisko: _____
- b. Názov zdravotníckeho zariadenia: _____
- c. Adresa zdravotníckeho zariadenia:
- ulica _____ číslo _____
- mesto/obec _____ PSČ _____
- d. Telefónne číslo: _____

2. Údaje poisteného

- a. Meno a priezvisko: _____
- d. Rodné číslo: _____ / _____

3. Druh poistnej udalosti

- a. smrť následkom choroby
- b. invalidita z dôvodu trvalých následkov úrazu alebo choroby
- c. pracovná neschopnosť z dôvodu choroby alebo úrazu

4. Pracovná neschopnosť

- a. Vystavená pracovná neschopnosť: áno nie
- b. Číslo legitimácie: _____
- c. K dátumu pracovnej neschopnosti: zamestnaný/SZČO v skúšobnej dobe nezamestnaný
- d. Doba trvania pracovnej neschopnosti
- od _____ do _____
- schopný práce od _____
- e. Stanovená diagnóza: _____
- f. Konečná diagnóza: _____
- g. Liečil sa poistený v minulosti na uvedené ochorenie?
- áno, od _____ do _____ nie
- h. Došlo v priebehu liečenia ku komplikáciám, ktoré mali za následok predĺženie liečenia nad obvyklú dobu?
- áno, nasledovné _____ nie
- i. Došlo k poistnej udalosti požitím alkoholu, nesprávnych dávok liekov či omamných látok? áno nie

5. Nahlásená poistná udalosť v dôsledku choroby alebo úrazu

- a. Z titulu akého ochorenia, úrazu je nahlásená poistná udalosť?
- a/1. Dg. kódom/slovne: _____ / _____
- b. Kedy vzniklo ochorenie/úraz nahlásené ako poistná udalosť (kedy bolo prvýkrát diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii)?
- b/1. Dg. _____ od _____
- b/2. Dg. _____ od _____
- c. Liečba, prípadné komplikácie a ďalšie významné diagnózy počas predmetnej pracovnej neschopnosti. V prípade viacerých diagnóz vypíšte jednotlivé dg. a rozmedzie ich trvania počas pracovnej neschopnosti _____
- _____
- _____

6. Diagnózy

- a. Zdravotný stav poisteného k dátumu začiatku poistenia, t. j. ku dňu . .
- b. Ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal/má zistené (napr. vysoký tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita, prípadne štádium a iné)? Kedy uvedené ochorenia začali (kedy boli prvýkrát zistené, diagnostikované, resp. doložené v dokumentácii)?
- b/1. Dg. kódom/slovne: /
od . .
- b/2. Dg. kódom/slovne: /
od . .
- c. Uvedte pracovné neschopnosti spolu s diagnózami a trvaním v období 2 rokov pred začiatkom poistenia.
- c/1. PN dg.: /
od . . do . .
- c/2. PN dg.: /
od . . do . .
- c/3. PN dg.: /
od . . do . .

7. Invalidný alebo starobný dôchodok

- a. Je poistený v invalidnom dôchodku/starobnom dôchodku alebo čaká na jeho priznanie?

áno, od . . nie

Údaje o zdravotnom stave musia byť overené a potvrdené praktickým lekárom poisteného, v opačnom prípade Groupama poisťovňa a. s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, predmetné údaje nemôže uznať pre potreby vyšetrenia nahlásenej poistnej udalosti. Náklady za vystavenie predmetného potvrdenia lekárom hradí poistený, resp. kontaktná osoba, poisťovateľ daný doklad neprepláca.

Podpísaný vyhlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

V _____ dňa . .

_____ podpis a pečiatka lekára poisteného