



## OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI Z POISTENIA LIEČEBNÝCH NÁKLADOV V ZAHRANIČÍ

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. Údaje o poistenom

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.

### 2. 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.

### 3. Údaje o vzniku poistnej udalosti

a. Dátum vzniku poistnej udalosti: \_\_\_\_\_

b. Miesto vzniku poistnej udalosti (štát, mesto): \_\_\_\_\_

c. Podrobný popis ochorenia alebo úrazu (prejavy ochorenia, okolnosti úrazu)\*: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\*V prípade stomatologického zákroku uveďte, koľko zubov Vám stomatológ ošetril, ďalej je potrebné oddelene uviesť jednotlivé náklady na ošetrovanie

d. Bol prítomný svedok pri vzniku škodovej udalosti?  nie  áno  
Ak áno, uveďte:  
d/1. Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_  
d/2. Adresa: ulica \_\_\_\_\_ číslo \_\_\_\_\_  
mesto/obec \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_  
d/3. Telefónne číslo: \_\_\_\_\_

e. Objavili sa príznaky Vášho ochorenia pred vycestovaním  nie  áno  áno, aj som sa liečil

f. Zavinila poistnú udalosť iná osoba?  nie  áno  
f/1. Meno a priezvisko osoby: \_\_\_\_\_  
f/2. Adresa osoby: ulica \_\_\_\_\_ číslo \_\_\_\_\_

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

mesto/obec \_\_\_\_\_ PSC \_\_\_\_\_

g. Vyšetrovala udalosť polícia?  nie  áno

g/1. Adresa polície: ulica \_\_\_\_\_ číslo \_\_\_\_\_  
mesto/obec \_\_\_\_\_ PSC \_\_\_\_\_

g/2. V prípade nehlásenia škody polícii, uveďte dôvod: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

h. Nahlásili ste poistnú udalosť asistenčnej službe poisťovateľa?  nie  áno

h/1. Ak nie, uveďte dôvod \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

i. Forma zdravotnej starostlivosti, ktorá Vám bola poskytnutá:  
 ambulantné ošetrovanie  hospitalizácia  prevoz do Slovenskej republiky  prevoz telesných pozostatkov  
 prevoz do zdravotníckeho zariadenia  lieky  
 iné (liečba fyzioterapiou, rehabilitáciou, akupunktúrou, chiropraktikom alebo inou alternatívnou metódou)

j. Máte rovnaký druh poistenia dojednaný aj v inej poisťovni?  
j/1.  áno, v \_\_\_\_\_  
j/2.  nie

k. Zaplatili ste liečebné náklady?\*

\*V prípade úhrady liečebných nákladov predložte doklad o úhrade.

k/1.  áno, v sume: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ €

### 4. Poistné plnenie poukázať na

a. Číslo bankového účtu (IBAN): \_\_\_\_\_

b. SWIFT/BIC: \_\_\_\_\_

c. Majiteľ účtu: \_\_\_\_\_

d. Adresu: ulica \_\_\_\_\_ číslo \_\_\_\_\_  
mesto/obec \_\_\_\_\_ PSC \_\_\_\_\_

### 5. Prílohy

a.  účty za ošetrovanie

b.  účty za lieky

c.  lekárska správa

d.  doklady o zaplatení účtov za ošetrovanie

e.  doklady o zaplatení účtov za lieky

f.  iné: \_\_\_\_\_

### 6. Vyhlásenie poisteného

Podpísaný vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a je si vedomý následkov vyplývajúcich z nepravdivých odpovedí. Súhlasí so zisťovaním a preskúvaním skutočností týkajúcich sa zdravotného stavu poisteného, a oprávňuje každého dotknutého lekára alebo zdravotníckeho zariadenia, 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](http://www.groupama.sk).

V \_\_\_\_\_ dňa \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ podpis poisteného