

**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 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**

- Tlačivo je potrebné predkladať v prípade, ak ste boli hospitalizovaný z dôvodu choroby, pri hospitalizácii z dôvodu liečenia následkov úrazu je potrebné vyplniť tlačivo oznámenie úrazu.
- Uhradte ošetrojúcemu lekárovi za potvrdenie tlačiva sumu 5,00 eur. Prijatie sumy Vám potvrdí lekár na tomto tlačive a vydá potvrdenku o zaplatení, ktorú priložte k oznámeniu.
- 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“).

**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:

\*na toto číslo Vám bude zároveň odoslaná aj SMS správa o uzavretí 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:

#### 4. Údaje o poistnej udalosti

- a. Dátum nástupu do zariadenia: . .
- b. Dátum prepustenia zo zariadenia: . .
- c. Dôvod pobytu: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d. Meno a priezvisko lekára, ktorý liečil poisteného:
- e. Meno zdravotníckeho zariadenia:
- f. Adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom sa poistený liečil:  
ulica  číslo   
mesto/obec  PSČ
- g. Meno a priezvisko lekára v evidencii ktorého má poistený zdravotnú kartu:
- h. Adresa lekára v evidencii ktorého má poistený zdravotnú kartu:  
ulica  číslo   
mesto/obec  PSČ

#### 5. Poistné plnenie poukázať na

- a. Číslo bankového účtu:  b. Kód banky:
- c. Majiteľ účtu:

#### 6. Prílohy

- a.  kópia, resp. overená fotokópia prepúšťacej správy z hospitalizácie
- b.  iné:

#### 7. Vyhlásenie poisteného

Vyhlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. Súhlasím, aby poisťovateľ zistoval môj zdravotný stav, resp. zdravotný stav maloletého poisteného. Týmto oprávňujem a pozbavujem mlčanlivosti každého lekára, aby poskytol poisťovateľovi informácie, zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa liečenia úrazu, choroby, resp. zdravotného stavu. Súčasne splnomocňujem poisťovateľa, aby sa za účelom vyšetrenia poistnej udalosti, zdravotného stavu alebo za účelom preskúmania oznámených údajov a zistených ďalších okolností spojil s inými poisťovňami a ďalšími verejnoprávnymi subjektmi a súhlasím, aby tieto inštitúcie poskytli poisťovateľovi žiadané informácie.

#### 8. Vyhlásenie zákonného zástupcu poisteného

Vyhlasujem, že som v zmysle príslušných právnych predpisov oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého poisteného a som si vedomý dôsledkov, keby moje vyhlásenie nebolo pravdivé. 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. Informáciu o spracúvaní osobných údajov v súvislosti so spôsobenou škodou 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,  
resp. jeho zákonného zástupcu

**SPRÁVA 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 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“)

**1. Informácie pre lekára**

Za vyplnenie tohoto tlačiva Vám patrí odmena vo výške 5,00 eur, ktorú Vám uhradí poisťovní. Dovoľujeme si Vás požiadať o vystavenie príjmového dokladu.

**2. Údaje pacienta**

- a. Priezvisko: \_\_\_\_\_
- b. Meno: \_\_\_\_\_ c. Titul: \_\_\_\_\_
- d. Meno zdravotníckeho zariadenia: \_\_\_\_\_
- e. Adresa zdravotníckeho zariadenia:
- ulica \_\_\_\_\_ číslo \_\_\_\_\_
- mesto/obec \_\_\_\_\_ PSČ \_\_\_\_\_
- f. Deň prijatia pacienta do zdravotníckeho zariadenia: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_
- g. Deň prepustenia pacienta zo zdravotníckeho zariadenia: \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_
- h. Presná diagnóza: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- i. Kedy bola choroba prvýkrát diagnostikovaná? \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_
- j. Došlo k predĺženiu hospitalizácie z dôvodu nedostatku domácej starostlivosti alebo iných osobných pomerov pacienta?  áno  nie
- Ak áno, uveďte dobu nevyhnutnej hospitalizácie: od \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_
- k. Iné zdravotné oznámenia lekára: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

**3. Vyhlásenie lekára**

V prípade požiadavky posudkového lekára poisťovateľa, vyslovujem súhlas k účinnej spolupráci. Vyhlasujem, že som zodpovedal pravdivo a úplne na všetky otázky a som si vedomý dôsledku nepravdivých odpovedí.

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

\_\_\_\_\_ podpis a pečiatka lekára