

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 priložite 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 vyšetrovania 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. V zmysle zákona o ochrane osobných údajov súhlasím, aby poisťovateľ moje uvedené osobné údaje spracovával v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy.

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