

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: _____

2. 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): _____

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

e. Zavinila poistnú udalosť iná osoba? nie áno

e/1. Meno a priezvisko osoby: _____

e/2. Adresa osoby: ulica _____ číslo _____
 mesto/obec _____ PSČ _____

f. Vyšetrowala udalosť polícia? nie áno

f/1. Adresa polície: ulica _____ číslo _____
 mesto/obec _____ PSČ _____

g. Nahlásili ste poistnú udalosť asistenčnej služby poisťovateľa v zahraničí? nie áno

g/1. Ak nie, uveďte dôvod _____

h. Forma zdravotnej starostlivosti, ktorá Vám bola poskytnutá:
 ambulantné ošetrovanie hospitalizácia prevoz do Slovenskej republiky prevoz telesných pozostatkov
 prevoz do zdravotníckeho zariadenia lieky iné

i. Máte rovnaký druh poistenia dojednaný aj v inej poisťovni?
 i/1. áno, v _____
 i/2. nie

j. Zaplatili ste liečebné náklady v hotovosti?
 j/1. áno, v sume: _____, _____ €
 j/2. nie

3. Poistné plnenie poukázať na

a. Číslo bankového účtu:	<input type="text"/>	b. Kód banky:	<input type="text"/>
c. Majiteľ účtu:	<input type="text"/>		
d. Adresa:	ulica <input type="text"/>	číslo <input type="text"/>	
	mesto/obec <input type="text"/>	PSČ <input type="text"/>	

4. Prílohy

a.	<input type="checkbox"/>	účty za ošetrovanie
b.	<input type="checkbox"/>	účty za lieky
c.	<input type="checkbox"/>	lekárska správa
d.	<input type="checkbox"/>	doklady o zaplatení účtov za ošetrovanie
e.	<input type="checkbox"/>	doklady o zaplatení účtov za lieky
f.	<input type="checkbox"/>	iné: <input type="text"/>

5. Vyhlásenie poisteného

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.

V _____ dňa . .

podpis poisteného