



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

OZNÁMENIE O NEVYHNUTNOM LIEČEBNOM POBYTE V NEMOCNICI

K vyplnenému oznámeniu priložte čitateľnú fotokópiu všetkých strán prepúšťacej správy z nemocnice, kde ste boli hospitalizovaný(á). V mene maloletého poisteného oznámenie vyplňuje jeho zákonný zástupca. Uvedené doklady zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie ÚPO, Štefániková 17, 811 05 Bratislava.

ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Číslo poisťnej zmluvy:

Meno a priezvisko poisteného: Rodné číslo:/.....

Štátna príslušnosť:

Adresa: PSC:

Telefón: e-mail:

Zamestnávateľ/pracovné zaradenie:

Je poistený politicky exponovanou osobou? nie áno¹Je poistený sankcionovanou osobou? nie áno²

ÚDAJE O POBYTE V NEMOCNICI (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Pobyt v nemocnici od: do: vrátane.

Názov a adresa nemocnice: Tel:

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného: Tel:

Vyplňte iba pri hospitalizácii v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia poistného

Dátum úrazu: hodina úrazu: miesto úrazu:

Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu):

Popis poranenia:

Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? nie áno Boli ste vodičom v čase nehody? nie áno ŠPZ:Bola táto časť tela už predtým funkčne postihnutá? nie áno Kedy? Ako?Je to prvý úraz tejto časti tela? nie áno Aké poranenie? Kedy?

Prvé ošetrenie bolo poskytnuté dňa: o hod.: v zdrav. zariadení – adresa: Tel.:

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili: Tel.:

Mená a adresy svedkov úrazu:

Vyšetruvala úraz polícia? nie áno Adresa polície:

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Poistné plnenie žiadam poukázať:

 na účet (IBAN) na OPU účet áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám, uveďte vlastníka účtu a vzťah na OPU účet na OPU účet Meno poistníka¹ V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)² V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETÉHO POISTENÉHO (vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: Rodné číslo:/.....

Adresa trvalého pobytu: PSČ:

Štátna príslušnosť: Vzťah k maloletému:

Telefón: e-mail:

Je zákonný zástupca poisteného politicky exponovanou osobou? nie áno³

Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou? nie áno⁴

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poistnou zmluvou v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kpas.sk.

V dňa
 podpis zákonného zástupcu druh a číslo dokladu totožnosti

Prehlasujem, že som na všetky otázky uvedené vo formulári odpovedal pravdivo a úplne a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poistnou zmluvou v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kpas.sk.

Súhlas so spracúvaním osobných údajov

Poistený označený v tejto poistnej zmluve udeľujem súhlas spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom: Štefánikova 17, 811 05 Bratislava, IČO: 31 595 545, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „Spoločnosť“), aby spracúvala moje osobné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a to ich zisťovaním a preverovaním (a následným spracúvaním týchto údajov) vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov ako aj získavaním výpisov zo zdravotnej dokumentácie a zapožičaním zdravotnej dokumentácie za účelom zistenia pravdivosti mnou uvedených informácií v poistnej zmluve a posúdenia poistnej udalosti.

Zároveň v uvedenom rozsahu zbavujem mlčanlivosti voči Spoločnosti všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s mojím zdravotným stavom.

Beriem na vedomie, že môj súhlas údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla Spoločnosti.

- ÁNO, DÁVAM SÚHLAS
 NIE, NEDÁVAM SÚHLAS

V dňa
 overený podpis poisteného číslo dokladu totožnosti
 resp. zákonného zástupcu poisteného*

* **Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec** spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group na jej obchodnom mieste, pobočke alebo priamo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaisťovania (**namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike**).

.....
 dátum a podpis osoby, ktorá identifikovala klienta
 čitateľné meno a priezvisko/názov osoby⁵, ktorá identifikovala klienta⁶
 osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

³ V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

⁴ V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

⁵ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

⁶ V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.