



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťovej udalosti:

OZNÁMENIE O ÚRAZE

(čas nevyhnutného liečenia)

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

Číslo poisťovej zmluvy:

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

Štátna príslušnosť:

Adresa: PSČ:

Telefón: e-mail:

Zamestnanie: Pracovné zaradenie:

Je poistený politicky exponovanou osobou? nie áno¹

Je poistený sankcionovanou osobou? nie áno²

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

Dátum vzniku úrazu: Čas: Miesto:

Došlo k úrazu pri výkone povolania? áno nie

Zrozumiteľne popíšte okolnosti a súvislosti vzniku úrazu:

Ktorá časť tela bola poranená? Ste: pravák
ľavák

Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom? Ako?

Bolo v súvislosti s poisťovou udalosťou vedené policajné vyšetrovanie? Ak áno, kým a kde? Priložte správu z Policajného zboru.

Kde a kedy bolo poskytnuté 1. ošetrovanie (dátum, čas, meno lekára, zdravotnicke zariadenie):

Vyplňte iba pri úrazovom poistení nemenovaných osôb, ktoré sú prepravované motorovým vozidlom:

druh vozidla výrobná značka ŠPZ

počet sedadiel počet prepravovaných osôb meno a adresa vlastníka motorového vozidla

meno a adresa vodiča

V ktorom športe ste registrovaný a od akého dátumu?

Vykonávate tento šport aktívne? Ak áno, v akej súťaži?

Ak ide o úraz pri telovýchovnej alebo športovej činnosti, uved'te, či bola organizovaná, a ak áno, ktorou organizáciou:

Meno, adresa a telefón lekára, v evidencii ktorého je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného:

Kde bolo poskytnuté prvé ošetrovanie (adresa zdravotnickeho zariadenia, meno lekára, telefón, dátum, čas):

¹ 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)

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

Poistné plnenie žiadam poukázať:

<input type="checkbox"/> na účet (IBAN)																		Názov banky
<input type="checkbox"/> áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu	<input type="checkbox"/> nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám, uveďte vlastníka účtu a vzťah																	
<input type="checkbox"/> na OPU účet																		Meno poistníka

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 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.

Gebühr für die Erstellung der Unfallanzeige durch den behandelnden Arzt hat die versicherte Person, bzw. der gesetzliche Vertreter des minderjährigen Versicherten zu entrichten.

Durch den behandelnden Arzt erstellte Unfallanzeige der versicherten Person, die auf der Vorderseite der Unfallanzeige genannt ist

Der behandelnde Arzt Bezeichnung und Adresse der Krankenanstalt

PLZ

 E-mail

Der behandelnde Arzt bestätigt hiermit, dass er den Versicherten..... Geburtsnummer

behandelt hat aufgrund des Unfalls, der dem auf der Vorderseite dieser Unfallanzeige genannten Versicherten verursacht worden ist, und hat dadurch eine Körperverletzung infolge des betroffenen Unfalls ermittelt.

die Unfallanzeige erstellt hat gemäß der Gesundheitsdokumentation aus der Behandlung des Unfalls des Versicherten, der auf der Vorderseite der Unfallanzeige genannt ist, die durch folgende Krankenanstalt erstattet worden ist.....

Die Erstbehandlung des Unfalls (gemäß der Gesundheitsdokumentation) ist am um..... Uhr in der Krankenanstalt

durchgeführt worden 

Ausführliche Beschreibung der durch den Unfall verursachten Körperverletzung mit Angabe deren Ausmaß und Ursache

Diagnose der eigentlichen Verletzung (slowakisch - lateinisch)

Entspricht das Ausmaß der Körperverletzung dem auf der Vorderseite der Unfallanzeige angeführten Unfallhergang? ja nein

Warum?

Kann die absichtliche Selbstbeschädigung des Versicherten ausgeschlossen werden? ja nein Warum?

Art und Weise der Behandlung (ausführliche Beschreibung der Heilung, bei der Rehabilitation Frequenz, Dauer und deren Ergebnisse anführen)

Befund mit Beschreibung – RTG, MR, CT, Sono.... (immer anführen, falls die betroffene Untersuchung erfolgt ist)

Ist arthroskopische Untersuchung erfolgt? ja nein mit welchem Resultat?

Ist eine Operation erfolgt? ja nein Welche?

Ist der Versicherte in ein Krankenhaus eingewiesen worden? von bis Wo?.....

..... Ursache?

Tatsächliche Zeit der notwendigen Behandlung des Unfalls (einschließlich Komplikationen) von bis oder vorausgesetzte Zeit nach der ermittelten Diagnose ohne Rücksicht auf persönliche Gesundheitsabweichungen des Verletzten (z.B. körperliche Tüchtigkeit, Auswirkung von vergangenen Krankheiten u.Ä.) Wochen

Arbeitsunfähigkeit infolge der Behandlung hat von bis gedauert Nummer der Arbeitsunfähigkeit

Name des Arztes, der Krankenanstalt, die die Arbeitsunfähigkeit erstattet hat

Ist es zur Verlängerung der durchschnittlichen Zeit der Behandlung gekommen? ja nein Ursache und Art der Komplikationen (Infektion, Aderentzündung u.Ä.)

Ist es vor auszusetzen, dass der Unfall Dauerfolgen hinterlassen wird? ja nein Wahrscheinlich von welcher Art und Ausmaß?

Ist die Funktionsfähigkeit des verletzten Körperteils bereits vor dem Unfall beschädigt worden? ja nein Wie und im welchen Ausmaß?

Ist es zum Unfall infolge Alkohols gekommen? ja nein Welche Symptome der Trunkenheit sind ermittelt worden?.....

..... im Blut sind ‰ Alkohol ermittelt worden Ist es

zum Unfall infolge von Betäubungsmitteln oder toxischen Mitteln, Drogen gekommen? ja nein Welcher?.....

Ich erkläre hiermit, dass die angegebenen Daten wahrheitsgetreu, vollständig und der Wirklichkeit entsprechend sind.

In am

Stempel der Krankenanstalt und Unterschrift des behandelnden Arztes