



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## OZNÁMENIE O ÚRAZE

(čas nevyhnutného liečenia)

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

Číslo poisťnej zmluvy: .....

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

Štátna príslušnosť: .....

Adresa: ..... PSČ: .....

Telefón: ..... e-mail: .....

Zamestnanie: ..... Pracovné zaradenie: .....

Je poistený politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>1</sup>

Je poistený sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>2</sup>

### 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 poisťnou 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, uvedte, 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):

<sup>1</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>2</sup> 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  áno<sup>3</sup>

Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>4</sup>

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](http://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](http://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 osoby<sup>5</sup>, ktorá identifikovala klienta<sup>6</sup> ..... osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

<sup>3</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)  
<sup>4</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)  
<sup>5</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.  
<sup>6</sup> 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.


Fee for preparation of the accident report by a doctor is paid by the insured person or an authorised representative of the insured person who is under the age of 15.

Report of the treating doctor about the accident of the insured person defined on the front page of the accident report

Treating doctor MUDr. .... Name and address of the medical facility .....  
..... post code .....

 ..... E-mail .....

The treating doctor confirms that the insured ..... birth No. ....  
 defined on the front page of the report, affected by injury was treated by him/her and a body injury caused by the accident has been identified  
 (the treating doctor) prepared the accident report based on the medical documentation related to the treatment of the insuree's accident defined on the front page of the report issued by the medical facility .....

First medical treatment of the injury (according to the medical documentation) took place on (date) ..... at (time) ..... in the medical facility  
..... 

Detailed description of body injury caused by the accident with a definition of its extent and causes .....  
.....  
.....

Diagnosis of own facility (Slovak - Latin) .....

Does the extent of the body injury correspond to the description of the accident on the front page of the form?  yes  no  
Why? .....

Can you exclude intentional self-harm of the insuree?  yes  no Why? .....

Method and type of treatment (detailed description of the treatment, define frequency, time and results in case of rehabilitation) .....  
.....  
.....

Finding with description - RTG, MR, CT, Sono... (complete always if the respective examination was performed) .....

Was an arthroscopic examination performed?  yes  no What was the conclusion? .....

Was an operation performed?  yes  no What kind of? .....

Was the insuree hospitalised? From ..... to ..... Where? .....  
..... Cause? .....

Actual period for inevitable treatment of injury (incl. complications) from ..... to ..... or assumed according to the identified diagnosis without taking into account personal health variations of the injured person (e.g. physical ability, impact of previous illnesses etc.) ..... weeks

The inability to work (IW) due to injury treatment lasted from ..... to ..... No. of the IW certificate .....

Name of the doctor, address of the medical facility issuing the certificate of inability to work .....  
Was the average period of injury treatment prolonged?  yes  no Cause and type of complications (infection, phlebitis etc.) .....

Do you assume that the accident will have permanent impacts?  yes  no Probably what kind and extent? .....

Was the injured part of the body functionally affected before?  yes  no How and in what extent? .....

Did the accident happen under the influence of alcohol  yes  no What symptoms of drunkenness were identified? .....  
..... % of alcohol found in blood.....

Did the accident happen under the influence of narcotics or toxic substances, drugs?  yes  no What kind of?.....

I declare that the mentioned information is correct, complete and reflects the facts.

In ..... on .....

stamp of the medical facility  
and signature of the treating doctor