



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

OZNÁMENIE POISŤNEJ UDALOSTI Z ÚRAZOVÉHO POISTENIA

(čas nevyhnutného liečenia úrazu)

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 áno¹Je 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 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, zdravotnícke zariadenie):

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

Došlo k úrazu pri športe? áno nie

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, uveďte, či bola organizovaná, a ak áno, ktorou organizáciou:

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

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
..... 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.

Pokyny: „Správa ošetrojúceho lekára“ vyplní ošetrojúci lekár. **Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.**
Náklady spojené s vyplnením tohto formulára pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že ošetroval poisteného: Rodné číslo:/.....,
ktorý je uvedený na prednej strane formuláru a zistil telesné poškodenie spôsobené úrazom
diagnózu pre uvedenú chorobu
vypracoval správu na základe zdravotnej dokumentácie

Prvé lekárske ošetrenie (podľa zdravotnej dokumentácie) bolo vykonané dňa: čas:
meno lekára: adresa zdravotníckeho zariadenia:

Zodpovedá rozsah telesného poškodenia úrazovému deju uvedenému na prednej strane tohto formuláru? áno nie

Diagnóza (slovensky – latinsky):

Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením rozsahu a príčiny (pri zuboch číselne označiť poranený zub, pri poranení tváre uviesť, či bude potrebná estetická úprava):

RTG-nález s popisom (uvedte vždy pri úplných, neúplných zlomeninách a vytknutiach):

Bolo vykonané arthroscopické vyšetrenie? áno nie S akým záverom?

Bola vykonaná operácia? áno nie Aká?

Spôsob a druh ošetrovania/liečenia (podrobný popis):

Pri rehabilitácii uvedte dôvod, formu, ako často a ako dlho bola vykonávaná:

Bol poranený úd alebo orgán funkčne alebo inak postihnutý už pred úrazom?

Ak bola nutná rehabilitácia, uvedte dôvod, formu, dĺžku (koľkokrát týždenne):

Došlo k predĺženiu priemernej doby liečenia úrazu? áno nie Príčina a druh komplikácií:

Skutočná doba nevyhnutného liečenia úrazu (vrátane komplikácii) od: do: alebo predpokladaná doba liečenia podľa zistenej diagnózy, bez prihliadnutia k osobným zdravotným odchýlkam poraneného (napríklad telesná zdatnosť, vplyv predošlých ochorení a pod.): týždňov.

Uvedte dátum, kedy sa ustálil zdravotný stav bez ďalšieho funkčného zlepšenia:

Údaje o pracovnej neschopnosti Pracovná neschopnosť trvala od: do:
Dôvod, pre ktorý nebol vystavený doklad o pracovnej neschopnosti

Bol poistený hospitalizovaný? Od: do: (adresa, oddelenie, meno ošetrojúceho lekára)

Došlo k úrazu pod vplyvom:

alkoholu áno nie intoxikácie áno nie omamných látok áno nie
užitia narkotík áno nie iných látok áno nie duševnej choroby áno nie

V krvi bolo zistené promile alkoholu promile inej látky (uvedte akej)

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebapoškodenie? áno nie

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? áno nie

V akom pravdepodobnom rozsahu?

Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

V dňa

pečiatka zdravotníckeho zariadenia
a podpis ošetrojúceho lekára