



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  áno<sup>1</sup>Je poistený sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>2</sup>

## 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: .....

Vyšetrovala 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<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)

