



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

## OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIA PSYCHICKÝCH CHORÔB

Vyplnené a lekárom potvrdené tlačivo, vrátane lekárskej správy z vyšetrenia, ktorým bola psychická choroba diagnostikovaná, zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie ÚPO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava. V prípade, ak pre psychickú chorobu poistený nie je schopný robiť právne úkony a bol súdom obmedzený alebo pozbavený spôsobilosti na právne úkony, priložte k tlačivu fotokópiu právoplatného súdneho rozhodnutia súdom určenej osoby spôsobilej pre nakladanie s finančnými prostriedkami poisteného.

### ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený, resp. súdom určený opatrovník poisteného)

Číslo poistnej zmluvy: .....

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

Štátna príslušnosť: .....

Adresa: ..... PSC: .....

Telefón: ..... e-mail: .....

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

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

### ÚDAJE O PSYCHICKEJ CHOROBE (vyplňuje poistený, resp. súdom určený opatrovník poisteného)

Názov psychickej choroby: .....

Kedy sa objavili prvé príznaky psychickej choroby?.....

Popis prvotných príznakov:.....

Kedy Vám bola oznámená diagnóza odborným lekárom? .....

Meno a adresa odborného lekára (špecialista), ktorý chorobu diagnostikoval:.....  
Tel: .....

Kedy, kde a ako ste sa bezprostredne po zistení psychickej choroby liečili? Uved'te presnú dobu (od kedy do kedy), názvy a adresy zdravotníckych zariadení, mená lekárov a spôsob liečenia (užívanie liekov a pod.): .....

Boli ste pre psychickú chorobu práceneschopným?  nie  áno

Doba trvania pracovnej neschopnosti v dôsledku psychickej choroby od: ..... do: ..... vrátane.

Meno a adresa lekára, ktorý Vás uznal za práceneschopného: .....

Tel: .....

### Vyplňte iba pri psychickej chorobe, ktorá vznikla z dôvodu stavu po úraze

Dátum úrazu: ..... hodina úrazu: ..... miesto úrazu: .....

Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu): .....

Popis poranenia: .....

Vyšetřovala úraz polícia?  nie  áno Adresa polície: .....

<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. súdom určený opatrovník spôsobilý pre nakladanie s finančnými prostriedkami 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 SÚDOM URČENEJ OSOBY (vyplňuje súdom určený opatrovník)**

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

Adresa trvalého pobytu: ..... PSČ: .....

Štátna príslušnosť: ..... Vzťah k poistenému: .....

Telefón: ..... e-mail: .....

Ste politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>3</sup>Ste sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>4</sup>

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci poisteného ..... 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 súdom určenej osoby ..... 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 mojim zdravotným stavom.

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

 ÁNO, DÁVAM SÚHLAS NIE, NEDÁVAM SÚHLASV ..... dňa .....  
..... overený podpis poisteného resp. súdom určenej osoby\* ..... číslo dokladu totožnosti\* **Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať len 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.**.....  
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.

**Pokyny:** „Správa ošetrojúceho lekára“ vyplní ošetrojúci lekár (psychiater). **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 O PSYCHICKEJ CHOROBE POISTENEJ OSOBY UVEDENEJ NA PRVEJ STRANE OZNÁMENIA**

Ošetrojúci lekár MUDr. .... Názov a adresa zdrav. zariadenia: .....  
..... PSC: .....

Tel.: ..... e-mail: .....

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že  
poisteného ..... Rodné číslo: ...../.....

ošetroval a diagnostikoval mu psychickú chorobu  
a/alebo

vypracoval správu o psychickej chorobe na základe zdravotnej dokumentácie z liečenia psychickej poruchy  
vystavenej zdravotníckym zariadením .....

**Údaje o psychickej chorobe**

Diagnóza psychickej choroby (presný kód a názov podľa MKCH): .....

Meno odborného lekára (špecialista), ktorý chorobu diagnostikoval: .....  
v zdravotníckom zariadení: .....

Dátum diagnostikovania psychickej choroby: .....

Spôsob a druh liečby psychickej choroby (popis liečby): .....

V akých zdrav. zariadeniach sa poistený po diagnostikovaní psychickej choroby liečil? Uveďte názov, adresu a meno príslušného  
odborného lekára, resp. lekárov: .....

Dátum prvých príznakov, resp. od kedy sa poistený lieči na ochorenie, ktoré s vyššie uvedenou psychickou chorobou súvisí:

Podrobný popis zdravotných problémov, príznaky: .....

Potvrdzujem pracovnú neschopnosť poisteného z dôvodu liečenia choroby:

kód dg podľa MKCH ..... názov .....

PN pre psychickú chorobu trvala v období od: ..... do ..... vrátane, číslo ePN: .....

Meno lekára, adresa zdrav. zariadenia, ktoré PN vystavilo: .....

Je poistený pre psychickú chorobu obmedzený alebo pozbavený spôsobilosti na právne úkony?  nie  áno

Došlo k vzniku psychickej choroby následkom úrazu?  nie  áno

Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom, diagnóza vlastného zranenia (slovensky - latinsky): .....

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

V ..... dňa .....  
.....  
pečiatka zdravotníckeho zariadenia a podpis ošetrojúceho lekára

**POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA (vyplňuje zamestnávateľ), SZČO**

Potvrdzujeme, že poistený: ..... Rodné číslo: ...../.....

bol v čase práceneschopnosti, ktorá trvala od ..... do ..... u nás nepretržite zamestnaný.

Názov a adresa zamestnávateľa počas PN: .....

V ..... dňa .....  
.....  
Pečiatka a podpis zamestnávateľa