



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

**OZNÁMENIE O VZNIKU POISŤNEJ UDALOSTI  
Z PRIPOISTENIA CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU**

Nevyhnutnou súčasťou hlásenia poisťnej udalosti je vyplnené tlačivo spolu s operačným nálezom z vykonaného chirurgického zákroku, resp. fotokópia všetkých strán prepúšťacej správy z nemocnice, ktoré zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie ÚPO, Štefánikova 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 CHIRURGICKOM ZÁKROKU (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)**

Dátum vykonania chirurgického zákroku: .....

Dg. ochorenia, resp. úrazu v dôsledku, ktorých bolo vykonaný chirurgický zákrok: .....

Druh vykonaného chirurgického zákroku: .....

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde bol chirurgický zákrok vykonaný: .....

Tel: .....

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia: .....

Tel: .....

**Vyplňte iba v prípade, že bol chirurgický zákrok vykonaný z dôvodu úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia pripoistenia**

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

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

Popis poranenia: .....

Vyšetrovala úraz polícia?  nie  áno Adresa polície: .....**Vyplňte iba v prípade, že bol chirurgický zákrok vykonaný z dôvodu choroby, ktorá vznikla v dobe platenia pripoistenia**

Kedy a kým boli zistené prvé príznaky ochorenia, ktoré súviseli s ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok: .....

Druh ťažkostí: .....

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa pre uvedené ťažkosti v minulosti liečili: .....

Liečba prebiehala v čase od ..... do .....

<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 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. **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 CHIRURGICKOM ZÁKROKU POISTENEJ OSOBY UVEDENEJ NA PREDNEJ STRANE OZNÁMENIA**

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

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

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

- ošetroval poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia a vykonal chirurgický zákrok  
 vypracoval správu o chirurgickom zákroku na základe zdravotnej dokumentácie o chirurgickom zákroku, ktorý bol vykonaný v dôsledku choroby, resp. úrazu poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym zariadením  
.....

Dátum vykonania chirurgického zákroku: ..... v zdravotníckom zariadení: .....

Druh chirurgického zákroku: .....

**Chirurgický zákrok v dôsledku choroby**

Dg. ochorenia v dôsledku, ktorej bol vykonaný chirurgický zákrok (slovensky – latinsky): .....

Dátum diagnostikovania ochorenia v dôsledku, ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok: .....

Liečil sa poistený pre ťažkosti, ktoré súvisia s diagnostikovaným ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirur. zákrok aj v minulosti?

nie  áno od ..... do ..... v zdravotníckom zariadení: .....

Druh ťažkostí: .....

**Chirurgický zákrok v dôsledku úrazu**

Prvé lekárske ošetrenie v dôsledku úrazu dňa ..... o hod. .... v zdrav. zariadení: .....

Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu a príčiny: .....

Diagnóza vlastného zranenia (slovensky – latinsky): .....

Spôsob a druh liečby (podrobný popis liečby): .....

RTG – nález s opisom (uved'te vždy pri úplných, neúplných zlomeninách a vytknutiach): .....

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu?  nie  áno Aké príznaky opitosti boli zistené? .....  
..... v krvi zistené ‰ alkoholu .....

Došlo k úrazu pod vplyvom omamných, či toxických látok, drog?  nie  áno Akých? .....

Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne postihnutá?  nie  áno Ako a v akom rozsahu? .....

Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného?  nie  áno Prečo? .....

Bol chirurgický zákrok vykonaný z estetických dôvodov?  nie  áno

Bol poistený za účelom chirurgického zákroku hospitalizovaný? Od ..... do ..... Kde? .....

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

V ..... dňa .....

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