



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

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

SPRÁVA O TRVALÝCH NÁSLEDKOKH 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

Dátum vzniku úrazu:

 Úraz vo voľnom čase: Úraz pri výkone povolania:

Ktorá časť tela bola poranená?

Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom?

Ste: pravák ľavák¹ 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:

 na účet (IBAN) Názov banky áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám, uveďte vlastníka účtu a vzťah 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 áno³Je 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 poisťnou 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

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)

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

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.

Náklady spojené s vyplnením tohto formulára pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia. Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA (vyplní ošetrujúci lekár)

Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že ošetroval poisteného Rodné číslo:/....., ktorý je uvedený na prednej strane formulára a zistil nižšie uvedené telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu:

1. Aké trvalé následky úraz zanechal?

(Popis objektívnych príznakov, najmä stratu, prípadne stratu funkčnosti tých častí organizmu, ktoré boli úrazom postihnuté)

V prípade zranenia končatiny presný popis obmedzenia funkcie, hybnosti, svalovej sily atď. v porovnaní so zdravou končatinou; v prípade zranenia oka – visus – stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením; v prípade zranenia ucha – sluch – stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením; pri jazvách uviesť presne ich veľkosť – dĺžka, plocha, tvar – vypuklosť, lokalizáciu.

2. Diagnóza:

3. Nastali zistené odchýlky v zdravotnom stave výlučne následkom úrazu?

4. Majú vplyv na celkový rozsah trvalých následkov úrazu stavy, ktoré s úrazom nesúvisia? Ak áno, aké?

5. Je liečenie skončené, súčasný stav ustálený?

Ak nie, uveďte prognózu:

6. Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom?

7. Ostatné oznámenia ošetrujúceho lekára:

8. Meno a adresa ošetrujúceho lekára:

Poznámka lekára:

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group informuje dotknutú osobu, že jej osobné údaje spracúva 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.

Náklady spojené s vyplnením tohto formulára pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia. Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

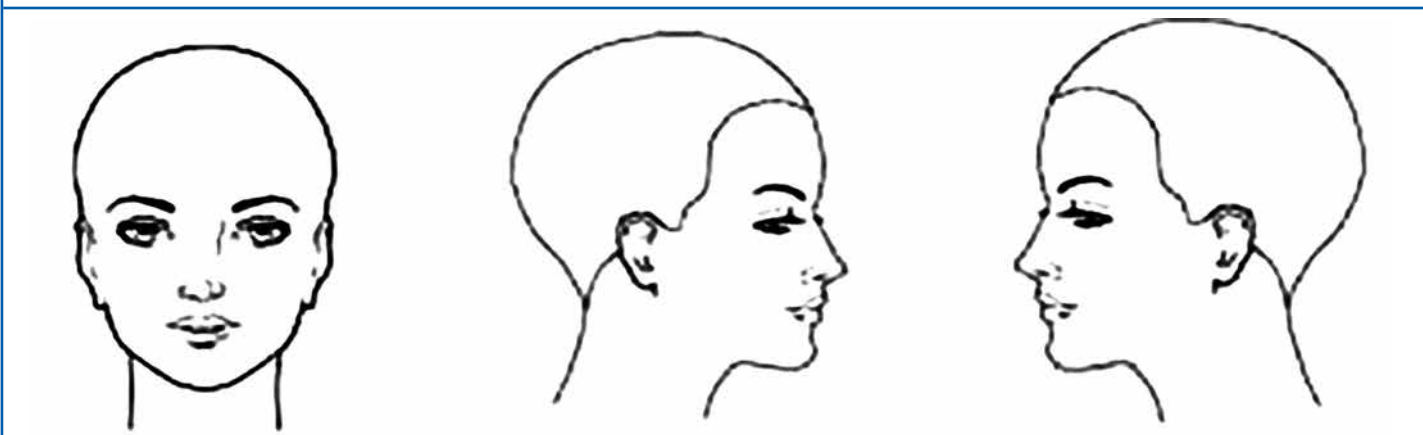
PRÍLOHA K OZNÁMENIU POISTNEJ UDALOSTI Z ÚRAZOVÉHO POISTENIA (vyplní ošetrujúci lekár)

Pokyny: Do prílohy zakreslite všetky jazvy poisteného, vrátane jaziev z predchádzajúcich úrazov. **Jazvy na krku a/alebo na tvári,** ktoré sú predmetom hodnotenia, zakreslite červenou farbou a jazvy z predchádzajúcich úrazov zakreslite modrou farbou. Do tabuľky nižšie uveďte presný popis (napr. jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.) a rozsah jaziev (v cm, resp. cm²) s označením časti krku/tváre, kde sa jazva nachádza.

Poistený: Rodné číslo: /

Dátum vzniku úrazu:

Úraz vo voľnom čase: Úraz pri výkone povolania:



Časť tváre	rozsah jazvy v cm/cm ²	popis jazvy (jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.)
Čelo - vpravo		
	- vľavo	
	- stred	
Nos - vpravo		
	- vľavo	
Líce - vpravo		
	- vľavo	
Brada - vpravo		
	- vľavo	
Pera - spodná		
	- vrchná	
Ucho - vpravo		
	- vľavo	
Krk - vpravo		
	- vľavo	
	- stred	

Poznámka lekára:

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group informuje dotknutú osobu, že jej osobné údaje spracúva 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.

Náklady spojené s vyplnením tohto formulára pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia. Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

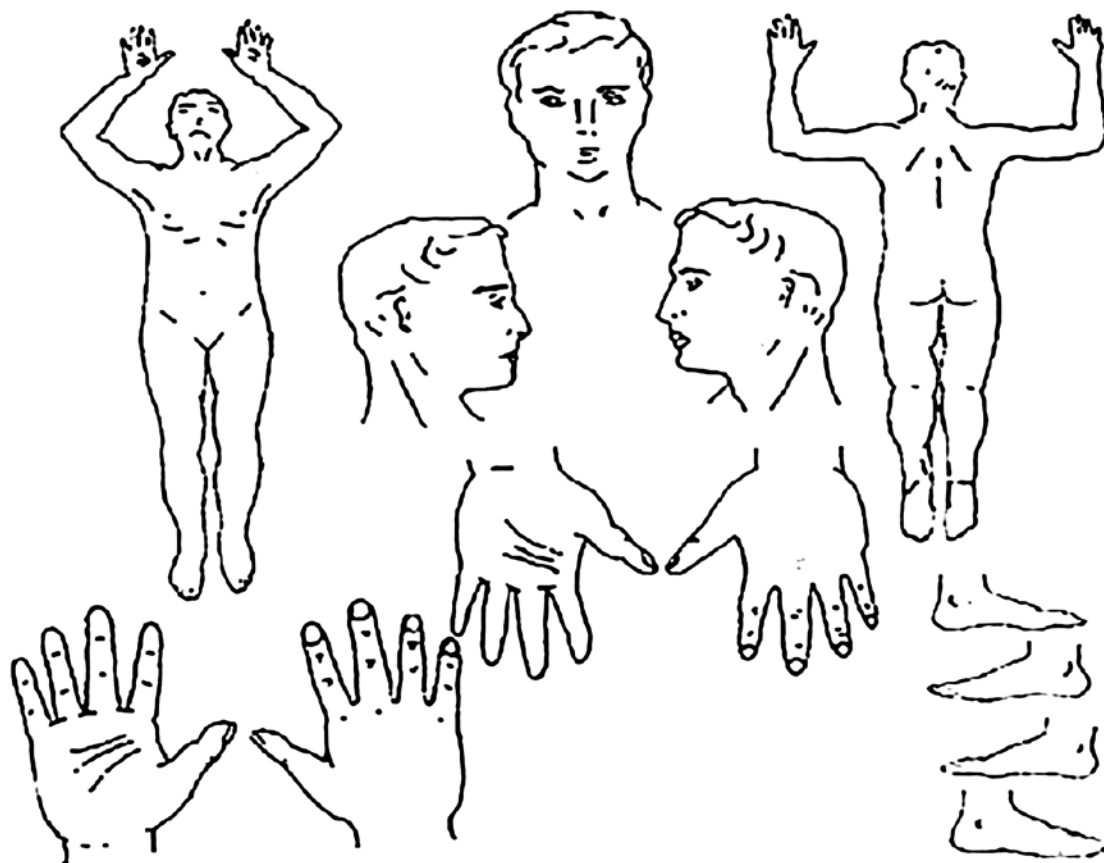
PRÍLOHA K OZNÁMENIU POISTNEJ UDALOSTI Z ÚRAZOVÉHO POISTENIA (vyplní ošetrujúci lekár)

Pokyny: Do prílohy zakreslite všetky jazvy poisteného, vrátane jaziev z predchádzajúcich úrazov. **Jazvy na tele**, ktoré sú predmetom hodnotenia, zakreslite červenou farbou a jazvy z predchádzajúcich úrazov zakreslite modrou farbou. Do tabuľky nižšie uveďte presný popis (napr. jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.) a rozsah jaziev (v cm, resp. cm²) s označením časti tela, kde sa jazva nachádza.

Poistený: Rodné číslo: /

Dátum vzniku úrazu:

Úraz vo voľnom čase: Úraz pri výkone povolania:



Časť tela	rozsah jazvy v cm/cm ²	popis jazvy (jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.)	Časť tela	rozsah jazvy v cm/cm ²	popis jazvy (jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.)
Hlava			Ruky		
Krk			Genitálie vonkajšie		
Predná časť trupu			Sedacie časti		
Zadná časť trupu			Stehná		
Ramená			Predkolenia		
Predlaktia			Nohy		

Poznámka lekára:

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group informuje dotknutú osobu, že jej osobné údaje spracúva 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.

Náklady spojené s vyplnením tohto formulára pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia. Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

PRÍLOHA K OZNÁMENIU POISTNEJ UDALOSTI Z ÚRAZOVÉHO POISTENIA (vyplní odborný lekár)

Pokyny: Prílohu vyplní a potvrdí odborný lekár (nie pediater ani praktický lekár). Pri určovaní rozsahu obmedzenia pohybov v kĺboch, prosíme, uveďte porovnanie so zdravou končatinou, t. j. uveďte rozsah pohybov oboch končatín.

Poistený: Rodné číslo: /.....

Dátum vzniku úrazu:

Úraz vo voľnom čase: Úraz pri výkone povolania:

<input type="checkbox"/> pravák	<input type="checkbox"/> ľavák	Pravá horná končatina	Ľavá horná končatina
Rameno	elevácia		
	abdukcia z predpaženia		
	addukcia z predpaženia		
	extenzia		
	addukcia		
	vnútorná rotácia		
	vonkajšia rotácia		
Lakeť	extenzia		
	flexia		
	pronácia		
	supinácia		
Zápästie	dorzálna flexia		
	palmárna flexia		
	radiálna flexia		
	ulnárna flexia		
Prsty na ruke	nedovieravosť do dlane v cm:		
	porucha úchopovej funkcie		
		Pravá dolná končatina	Ľavá dolná končatina
Bedro	extenzia		
	flexia		
	abdukcia		
	addukcia		
	vnútorná rotácia		
	vonkajšia rotácia		
Koleno	extenzia		
	flexia		
	vnútorná rotácia		
	vonkajšia rotácia		
	kývavosť		
Členok	dorzálna flexia		
	plantárna flexia		
	abdukcia		
	addukcia		
	pronácia		
	supinácia		
	kývavosť - instabilita		
Noha	popis poruchy funkcie		
Prsty na nohe	popis poruchy funkcie		

Popis iných trvalých následkov úrazu:

Poznámka lekára:

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group informuje dotknutú osobu, že jej osobné údaje spracúva 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.