

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

OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIA CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU

Nárok na plnenie vzniká v prípade poistnej udalosti, ktorou je chirurgický zákrok z dôvodu choroby alebo úrazu, ktoré vznikli po prvýkrát po dátume začiatku pripoistenia. Poisťovňa nie je povinná plniť, ak bol chirurgický zákrok vykonaný v trojmesačnej ochrannnej lehote od začiatku poistenia, s výnimkou chirurgických zákrokov v dôsledku úrazu, ktorý vznikol v čase poistenia. V prípade, že úraz vyšetrovala polícia priložením (zaslaním) kópie správy z jej vyšetrovania, ak ju máte k dispozícii, môžete vybavovanie poistnej udalosti urýchliť. Vyplnené a lekárom potvrdené tlačivo, vrátane operačného nálezu z vykonaného chirurgického zákroku, zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie PU PO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava.

Údaje o poistenej osobe – vyplňuje poistený	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky) .....	.....
Priezvisko a meno poisteného	rodné číslo
Adresa .....	.....
..... PSC	☎ do práce
.....	☎ domov
Údaje o chirurgickom zákroku - vyplňuje poistený	
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 .....	.....
.....	☎
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia .....	.....
.....	☎
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 ťažkosti: .....	.....
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa pre uvedené ťažkosti v minulosti liečili .....	.....
.....
.....	liečba prebiehala v čase od
.....	do
Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného - vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného	
Meno a priezvisko zákonného zástupcu	rodné číslo
Vzťah k maloletému	☎ do práce
.....	☎ domov
Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého	
..... a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje. V zmysle zákona o ochrane osobných údajov súhlasím, aby poisťovňa moje vyššie uvedené osobné údaje spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.	
.....	
..... podpis zákonného zástupcu	
Pokyny k výplate poistného plnenia - vyplňuje poistený	
Poistné plnenie žiadam poukázať:	
na účet číslo	kód banky
na meno a adresu .....	.....

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. Súhlasím, aby KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group podľa potreby zisťovala môj zdravotný stav. Týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa liečenia choroby, úrazu, resp. zdravotného stavu. V zmysle zákona o ochrane osobných údajov súhlasím, aby poisťovňa moje osobné údaje získané v súvislosti s poistnou zmluvou, vrátane údajov o zdravotnom stave, spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.

V..... dňa

.....
podpis poisteného (resp. zák. zástupcu poisteného)

Správa ošetrojúceho lekára o chirurgickom zákroku poistenej osoby uvedenej na prednej strane oznámenia

Ošetrojúci lekár MUDr. Názov a adresa zdrav. zariadenia

..... PSČ

☎ e-mail

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného rod. č.

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 chirurg. 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 opilsti 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? áno nie Prečo?

Bol chirurgický zákrok vykonaný z estetických dôvodov? áno nie

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