

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

OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIA VÁŽNYCH CHORÔB

Nárok na plnenie vzniká v prípade poistnej udalosti, ktorou sa v pripoistení vážnych chorôb rozumie ochorenie poisteného aspoň na jednu z vážnych chorôb uvedených v poistných podmienkach, ktorá bola prvý krát zistená počas trvania pripoistenia a diagnosticky potvrdená odborným lekárom zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bol poistený vyšetrený alebo transplantácia niektorého z telesných orgánov poisteného uvedených v poistných podmienkach. Za dátum vzniku poistnej udalosti sa považuje deň, v ktorom bola odborným lekárom stanovená diagnóza vážnej choroby alebo vykonaná transplantácia telesného orgánu poisteného. Nárok na poistné plnenie vzniká len za prvú poistnú udalosť. Vyplnené a lekárom potvrdené tlačivo, vrátane lekárskej správy z vyšetrenia, ktorým bola vážna choroba diagnostikovaná, zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie PU PO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava. V prípade, že úraz vyšetřovala polícia priložením (zaslaním) kópie správy z jej vyšetřovania, ak ju máte k dispozícii, môžete vybavovanie poistnej udalosti urýchliť. Ak ste boli v dôsledku vážnej choroby hospitalizovaný, priložte k tlačivu aj fotokópiu prepúšťacej správy z hospitalizácie, resp. hospitalizácií.

Údaje o poistenej osobe – vyplňuje poistený	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky) .....	.....
Priezvisko a meno poisteného	rodné číslo
Adresa .....	.....
..... PSC	☎ do práce
.....	☎ domov
Údaje o vážnej chorobe - vyplňuje poistený	
Dg. a štádium vážneho ochorenia, v prípade transplantácie uviesť telesný orgán, ktorý bol transplantovaný .....	.....
Kedy sa objavili prvé príznaky vážneho ochorenia?.....	Druh ťažkostí :
Dátum diagnostikovania vážnej choroby odborným lekárom alebo vykonania transplantácie telesného orgánu .....	.....
Diagnostikácia, resp. transplantácia vykonaná v zdravotníckom zariadení – adresa .....	.....
Kedy, kde a ako ste sa bezprostredne po zistení vážnej choroby, resp. po transplantácii telesného orgánu liečili ? Uvedte presnú dobu (od kedy do kedy), názvy a adresy zdravotníckych zariadení, mená lekárov a spôsob liečenia (operácie, dialýzy a pod.) .....	.....
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia (vrátane dokumentácie týkajúcej sa vážneho ochorenia) .....	.....
Vyplňte iba pri vážnej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov, ktoré vznikli v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia poistného	
Dátum úrazu	hodina úrazu
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)	miesto úrazu
Popis poranenia .....	.....
Vyšetřovala úraz polícia? nie áno Adresa polície? .....	.....
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.

Vzhľadom na druh poistenia, žiadam ošetrojúceho lekára o uvedenie presnej diagnózy vážnej choroby na druhej strane oznámenia a to aj v prípade, že pôjde o diagnózu, ktorá sa zvyčajne pacientom v plnom rozsahu neoznamuje.

V..... dňa

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

Správa ošetrojúceho lekára o vážnej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov poistenej osoby uvedenej na prednej strane oznámenia

Ošetrojúci lekár MUDr. Názov a adresa zdrav. zariadenia PSC

☎ e-mail

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného rod. č.
ošetroval poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia a diagnostikoval ochorenie, resp. vykonal transplantáciu telesného orgánu
vypracoval správu o vážnej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov na základe zdravotnej dokumentácie z liečenia ochorenia poisteného uvedeného
na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym zariadením

Diagnóza vážneho ochorenia a jeho štádium

Dátum diagnostikovania vážneho ochorenia v zdravotníckom zariadení

Výšetrenie, ktorým bolo vážne ochorenie diagnostikované

Spôsob a druh liečby (podrobný popis liečby)

Bola vykonaná transplantácia telesného orgánu? nie áno Akého telesného orgánu?

..... transplantácia vykonaná v zdravotníckom zariadení

Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného? áno nie Prečo?

Bola vykonaná operácia? nie áno Aká?

Bol poistený hospitalizovaný? Od do Kde?

Kedy boli zistené prvé príznaky, resp. od kedy sa menovaný lieči na ochorenie, ktoré s vyššie uvedenou vážnou chorobou súvisí.....

Druh ťažkostí:

V akých zdrav. zariadeniach sa poistený po diagnostikovaní vážnej choroby, resp. po transplantácii telesného orgánu liečil? Uveďte názov, adresu a meno príslušného odborného lekára, resp. lekárov

Došlo k vzniku vážneho ochorenia, resp. transplantácii telesného orgánu následkom úrazu? nie áno Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom, diagnóza vlastného zranenia (slovensky -latinsky) ?

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?

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

V dňa

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