



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

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

## OZNÁMENIE O PRIZNANÍ INVALIDNÉHO DÔCHODKU

(oslobodenie od platenia poistného, výplata plnenia za invaliditu)

K vyplnenému oznámeniu priložte čitateľnú fotokópiu rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku na „Zápisnici z rokovania posudkovej komisie“ zo Sociálnej poisťovne (nestačí rozhodnutie o pozastavení nemocenských dávok z regionálnej Sociálnej poisťovne) a zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s., Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie UPO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava.

### ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za poisteného)

Číslo poisťnej 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 PRIZNANÍ INVALIDNÉHO DÔCHODKU ZO SOCIÁLNEJ POISŤOVNE (pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 70 %)

Invalidný dôchodok priznaný Sociálnou poisťovňou s účinnosťou od: ..... v dôsledku  choroby  úrazu

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

..... Tel.: .....

Kedy ste absolvovali preventívnu prehliadku (uvedte rok, meno lekára a jeho odbornosť) .....

Od kedy trpíte ochorením v dôsledku, ktorého ste invalidný/á? .....

**Vyplňte, iba ak bol invalidný dôchodok (pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 70 %) priznaný v ochrannnej lehote výlučne v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe trvania poistenia**

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

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

Popis poranenia: .....

Došlo k úrazu pri dopravnej nehode?  nie  áno Boli ste vodičom v čase nehody?  nie  áno ŠPZ: .....Bola táto časť tela už predtým funkčne postihnutá?  nie  áno Kedy? Ako? .....Je to prvý úraz tejto časti tela?  nie  áno Aké poranenie? ..... Kedy? .....

Prvé ošetrenie bolo poskytnuté dňa: ..... o hod.: ..... v zdrav. zariadení – adresa: .....

..... Tel.: .....

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili: .....

..... Tel.: .....

Mená a adresy svedkov úrazu: .....

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

### 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 .....

<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)

## PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU POISTENÉHO (vyplňuje zákonný zástupca 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 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 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 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 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 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.