KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group

Štefánikova 17, 811 05 Bratislava, IČO: 31 595 545, DIČ: 2021097089, IČ DPH: SK7020000746. Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „poisťovňa").

KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

7212

Vyplní poisťovňa: **Prijaté dňa:**

Číslo poistnej udalosti: | | | | | | | | | | |

OZNÁMENIE O ÚRAZE

(čas nevyhnutného liečenia)

ÚDAJE O POISTENOM (vypĺňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Číslo poistnej zmluvy: .....

Meno a priezvisko poisteného: ..... Rodné číslo: ...../.....

Štátna príslušnosť: .....

Adresa: ..... PSČ: .....

Telefonický kontakt: ..... e-mail: .....

Zamestnanie: ..... Pracovné zaradenie: .....

Je poistený politicky exponovanou osobou? ☐ nie ☐ áno[1]

Je poistený sankcionovanou osobou? ☐ nie ☐ áno[2]

ÚDAJE O ÚRAZE (vypĺňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Dátum vzniku úrazu: Čas: Miesto:

Došlo k úrazu pri výkone povolania? ☐ áno ☐ nie

Zrozumiteľne popíšte okolnosti a súvislosti vzniku úrazu:

Ktorá časť tela bola poranená? | Ste: pravák ☐ ľavák ☐

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

Bolo v súvislosti s poistnou udalosťou vedené policajné vyšetrovanie? Ak áno, kým a kde? Priložte správu z Policajného zboru.

Kde a kedy bolo poskytnuté 1. ošetrenie (dátum, čas, meno lekára, zdravotnícke zariadenie):

Vyplňte iba pri úrazovom poistení nemenovaných osôb, ktoré sú prepravované motorovým vozidlom:

druh vozidla ..... výrobná značka ..... ŠPZ .....

počet sedadiel ..... počet prepravovaných osôb ..... meno a adresa vlastníka motorového vozidla .....

.....

meno a adresa vodiča .....

V ktorom športe ste registrovaný a od akého dátumu?

Vykonávate tento šport aktívne? Ak áno, v akej súťaži?

Ak ide o úraz pri telovýchovnej alebo športovej činnosti, uveďte, či bola organizovaná, a ak áno, ktorou organizáciou:

Meno, adresa a telefón lekára, v evidencii ktorého je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného:

Kde bolo poskytnuté prvé ošetrenie (adresa zdravotníckeho zariadenia, meno lekára, telefón, dátum, čas):

[1] 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)

☐ Poukážte na číslo účtu v tvare IBAN: ..... SWIFT/BIC: .....

Názov účtu príjemcu: .....

☐ Poukážte na OPÚ účet: .....

PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETÉHO POISTENÉHO (vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: ..... Rodné číslo: ...../.....

Štátna príslušnosť: .....

Vzťah k maloletému: ..... Telefonický kontakt: .....

e-mail: .....

Je zákonný zástupca poisteného politicky exponovanou osobou? ☐ nie ☐ áno[3]

Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou? ☐ nie ☐ áno[4]

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.

V ..... dňa ..... Podpis zákonného zástupcu .....

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 Okresného súdu Bratislava I, 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 resp. zákonného zástupcu poisteného*

číslo dokladu totožnosti

* **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 zaistenia (**namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike**).

.....	.....	.....
dátum a podpis osoby, ktorá identifikovala klienta	čitateľné meno a priezvisko/názov osoby[5], ktorá identifikovala klienta[6]	osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

[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)
[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.

Gebühr für die Erstellung der Unfallanzeige durch den behandelnden Arzt hat die versicherte Person, bzw. der gesetzliche Vertreter des minderjährigen Versicherten zu entrichten.

Durch den behandelnden Arzt erstellte Unfallanzeige der versicherten Person, die auf der Vorderseite der Unfallanzeige genannt ist

Der behandelnde Arzt ..... Bezeichnung und Adresse der Krankenanstalt .....

..... PLZ .....

☎ ..... E-mail .....

Der behandelnde Arzt bestätigt hiermit, dass er den Versicherten..... Geburtsnummer .....

☐ behandelt hat aufgrund des Unfalls, der dem auf der Vorderseite dieser Unfallanzeige genannten Versicherten verursacht worden ist, und hat dadurch eine Körperverletzung infolge des betroffenen Unfalls ermittelt.

☐ die Unfallanzeige erstellt hat gemäß der Gesundheitsdokumentation aus der Behandlung des Unfalls des Versicherten, der auf der Vorderseite der Unfallanzeige genannt ist, die durch folgende Krankenanstalt erstattet worden ist.....

.....

Die Erstbehandlung des Unfalls (gemäß der Gesundheitsdokumentation) ist am ..... um..... Uhr in der Krankenanstalt .....

..... durchgeführt worden ☎ .....

Ausführliche Beschreibung der durch den Unfall verursachten Körperverletzung mit Angabe deren Ausmaß und Ursache .....

.....

.....

Diagnose der eigentlichen Verletzung (slowakisch - lateinisch) .....

.....

Entspricht das Ausmaß der Körperverletzung dem auf der Vorderseite der Unfallanzeige angeführten Unfallhergang? ☐ ja ☐ nein

Warum? .....

Kann die absichtliche Selbstbeschädigung des Versicherten ausgeschlossen werden? ☐ ja ☐ nein Warum? .....

.....

Art und Weise der Behandlung (ausführliche Beschreibung der Heilung, bei der Rehabilitation Frequenz, Dauer und deren Ergebnisse anführen)

.....

.....

Befund mit Beschreibung – RTG, MR, CT, Sono.... (immer anführen, falls die betroffene Untersuchung erfolgt ist) .....

.....

Ist arthroskopische Untersuchung erfolgt? ☐ ja ☐ nein mit welchem Resultat? .....

.....

Ist eine Operation erfolgt? ☐ ja ☐ nein Welche? .....

Ist der Versicherte in ein Krankenhaus eingewiesen worden? von ..... bis ..... Wo?.....

..... Ursache? .....

Tatsächliche Zeit der notwendigen Behandlung des Unfalls (einschließlich Komplikationen) von ..... bis ..... oder vorausgesetzte Zeit nach der ermittelten Diagnose ohne Rücksicht auf persönliche Gesundheitsabweichungen des Verletzten (z.B. körperliche Tüchtigkeit, Auswirkung von vergangenen Krankheiten u.Ä.) ..... Wochen

Arbeitsunfähigkeit infolge der Behandlung hat von ..... bis ..... gedauert Nummer der Arbeitsunfähigkeit .....

Name des Arztes, der Krankenanstalt, die die Arbeitsunfähigkeit erstattet hat .....

Ist es zur Verlängerung der durchschnittlichen Zeit der Behandlung gekommen? ☐ ja ☐ nein Ursache und Art der Komplikationen (Infektion, Aderentzündung u.Ä.) .....

.....

Ist es vorauszusetzen, dass der Unfall Dauerfolgen hinterlassen wird? ☐ ja ☐ nein Wahrscheinlich von welcher Art und Ausmaß? .....

.....

Ist die Funktionsfähigkeit des verletzten Körperteils bereits vor dem Unfall beschädigt worden? ☐ ja ☐ nein Wie und im welchen Ausmaß? .....

.....

Ist es zum Unfall infolge Alkohols gekommen? ☐ ja ☐ nein Welche Symptome der Trunkenheit sind ermittelt worden?.....

..... im Blut sind ..... ‰ Alkohol ermittelt worden Ist es zum Unfall infolge von Betäubungsmitteln oder toxischen Mitteln, Drogen gekommen? ☐ ja ☐ nein Welcher?.....

.....

Ich erkläre hiermit, dass die angegebenen Daten wahrheitsgetreu, vollständig und der Wirklichkeit entsprechend sind.

In …… am ……

……

Stempel der Krankenanstalt und Unterschrift des behandelnden Arztes

Platné od 01.04.2020