



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

**OZNÁMENIE O VZNIKU POISŤNEJ UDALOSTI
Z PRIPOISTENIA ONKOLOGICKÝCH CHORÔB**

Vyplnené a lekárom potvrdené tlačivo, vrátane nálezu z histologického vyšetrenia, lekárskej správy z vyšetrení, ktorými bola onkologická choroba diagnostikovaná, zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie ÚPO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava. Ak ste boli v dôsledku onkologickej choroby hospitalizovaný, priložte k tlačivu aj fotokópiu všetkých strán prepúšťacej správy z hospitalizácie, resp. hospitalizácií. U maloletého poisteného priložte kópiu rodného listu.

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:

Je poistený politicky exponovanou osobou? nie áno¹Je poistený sankcionovanou osobou? nie áno²**ÚDAJE O ONKOLOGICKEJ CHOROBE (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)**

Názov onkologickej diagnózy a štádium:

Kedy sa objavili prvé príznaky onkologického ochorenia?

Popis prvotných príznakov:

Druh ťažkostí v momentálnom štádiu choroby:

Dátum diagnostikovania onkologickej choroby odborným lekárom:

Diagnostika vykonaná v zdravotníckom zariadení – adresa:

..... Tel:

Kedy, kde a ako ste sa bezprostredne po zistení onkologickej choroby 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 onkologického ochorenia):

..... Tel:

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 POISŤNÉHO 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 áno³

Je 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 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 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.

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 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 osoby⁵,
ktorá identifikovala klienta⁶

.....
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.

Pokyny: „Správa ošetrojúceho lekára“ vyplní ošetrojúci lekár. **Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.**
Náklady spojené s vyplnením tohto formulára pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA O ONKOLOGICKEJ CHOROBE POISTENEJ OSOBY UVEDENEJ NA PRVEJ STRANE OZNÁMENIA

Ošetrojúci lekár MUDr. Názov a adresa zdrav. zariadenia:
..... PSC:

Tel.: e-mail:

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že

ošetroval poisteného Rodné číslo: /
a diagnostikoval ochorenie

vypracoval správu o onkologickej chorobe na základe zdravotnej dokumentácie z liečenia ochorenia poisteného
..... Rodné číslo: /
vystavenej zdravotníckym zariadením

Diagnóza onkologického ochorenia (presný kód a názov podľa MKCH):

Popis onkologického ochorenia (nádoru) podľa TNM klasifikácie:

Dátum diagnostikovania onkologického ochorenia: v zdravotníckom zariadení:

Vyšetrenie, ktorým bolo onkologické ochorenie diagnostikované:

Spôsob a druh liečby (podrobný popis liečby):

Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného? nie áno Prečo?

Bola vykonaná operácia? nie áno Aká?

Bol poistený hospitalizovaný? nie áno Od do Kde?

Dátum prvých príznakov, resp. od kedy sa poistený lieči na ochorenie, ktoré s vyššie uvedenou onkologickou chorobou **súvisí**:
.....

Podrobný popis zdravotných problémov, príznaky:

V akých zdrav. zariadeniach sa poistený po diagnostikovaní onkologickej choroby liečil? Uvedte názov, adresu a meno príslušného
odborného lekára, resp. lekárov:

Liečil sa poistený v minulosti pre ťažkosti, ktoré nesúvisia s diagnostikovaným onkologickým ochorením?

nie áno Od do v zdravotníckom zariadení:

Podrobný popis ťažkostí, diagnóza (slovensky - latinsky):

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

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