



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

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

**OZNÁMENIE O VZNIKU POISŤNEJ UDALOSTI
Z PRIPOISTENIA CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU**

Nevyhnutnou súčasťou hlásenia poisťnej udalosti je vyplnené tlačivo spolu s operačným nálezom z vykonaného chirurgického zákroku, resp. fotokópia všetkých strán prepúšťacej správy z nemocnice, ktoré zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie ÚPO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava.

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

Číslo poisťnej zmluvy:

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

Štátna príslušnosť:

Adresa: PSC:

Telefón: e-mail:

Zamestnávateľ/pracovné zaradenie:

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

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:

Tel:

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

Tel:

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 ťažkostí:

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa pre uvedené ťažkosti v minulosti liečili:

Liečba prebiehala v čase od do

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)

Poistné plnenie žiadam poukázať:

<input type="checkbox"/> na účet (IBAN)																		Názov banky
<input type="checkbox"/> áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu	<input type="checkbox"/> nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám, uveďte vlastníka účtu a vzťah																	
<input type="checkbox"/> 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 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 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 CHIRURGICKOM ZÁKROKU POISTENEJ OSOBY UVEDENEJ NA PREDNEJ STRANE OZNÁMENIA

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

Tel.: e-mail:

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného Rodné číslo: /.....

- 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 chirur. 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 opitosti 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? nie áno Prečo?

Bol chirurgický zákrok vykonaný z estetických dôvodov? nie áno

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