



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

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

Vyplnené a lekárom potvrdené tlačivo, vrátane lekárskej správy z vyšetrení, ktorými bola kritická choroba diagnostikovaná, zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie ÚPO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava. V prípade, že úraz vyšetruje polícia priložením (zaslaním) kópie správy z jej vyšetovania, ak ju máte k dispozícii, môžete vybavovanie poisťnej udalosti urýchliť. Ak ste boli v dôsledku kritickej choroby hospitalizovaný, priložte k tlačivu aj fotokópiu všetkých strán prepúšťacej správy z hospitalizácie, resp. hospitalizácií.

**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: .....

Je poistený politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>1</sup>Je poistený sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>2</sup>**ÚDAJE O KRITICKEJ CHOROBE (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)**

Dg. a štádium kritického ochorenia, v prípade transplantácie uviesť telesný orgán, ktorý bol transplantovaný: .....

Kedy sa objavili prvé príznaky kritického ochorenia?..... Druh ťažkostí: .....

Dátum diagnostikovania kritickej choroby odborným lekárom alebo dátum vykonania transplantácie telesného orgánu: .....

Diagnostika, resp. transplantácia vykonaná v zdravotníckom zariadení – adresa: .....

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

Kedy, kde a ako ste sa bezprostredne po zistení kritickej 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.):

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

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia (vrátane dokumentácie týkajúcej sa kritického ochorenia): ..... Tel: .....

**Vyplňte iba pri kritickej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov, ktoré vznikli v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia poisťného**

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

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

Popis poranenia: .....

Vyšetruvala úraz polícia?  nie  áno Adresa polície: .....<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)

**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  áno<sup>3</sup>

Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>4</sup>

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](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 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 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.

**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 KRITICKEJ CHOROBE, RESP. TRANSPLANTÁCII TELESNÝCH ORGÁNOV 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, resp. vykonal transplantáciu telesného orgánu

vypracoval správu o kritickej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov na základe zdravotnej dokumentácie z liečenia  
ochorenia poisteného ..... Rodné číslo: ..... / ..... vystavenej  
zdravotníckym zariadením .....

Diagnóza kritického ochorenia a jeho štádium: .....

Dátum diagnostikovania kritického ochorenia: ..... v zdravotníckom zariadení: .....

Vyšetrenie, ktorým bolo kritické 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?  nie  áno Prečo? .....

Bola vykonaná operácia?  nie  áno Aká? .....

Bol poistený hospitalizovaný?  nie  áno Od ..... do ..... Kde? .....

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

Druh ťažkostí: .....

V akých zdrav. zariadeniach sa poistený po diagnostikovaní kritickej choroby, resp. po transplantácii telesného orgánu liečil? Uved'te  
názov, adresu a meno príslušného odborného lekára, resp. lekárov: .....

Dátum poslednej preventívnej prehliadky u všeobecného lekára .....

Došlo k vzniku kritického 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 opitosti 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