



Štefánikova 17, 811 05 Bratislava, Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava 1, oddiel: Sa, vložka č.: 3345/B

Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poistnej udalosti:

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

OZNAMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIA CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU

Nárok na plnenie vzniká v prípade poistnej udalosti, ktorou je chirurgický zákrok z dôvodu choroby alebo úrazu, ktoré vznikli po prvýkrát po dátume začiatku pripoistenia. Poisťovňa nie je povinná plniť, ak bol chirurgický zákrok vykonaný v trojmesačnej ochrannnej lehote od začiatku poistenia, s výnimkou chirurgických zákrokov v dôsledku úrazu, ktorý vznikol v čase poistenia. V prípade, že úraz vyšetrovala polícia priložením (zaslaním) kópie správy z jej vyšetrovania, ak ju máte k dispozícii, môžete vybavovanie poistnej udalosti urýchliť. Vyplnené a lekárom potvrdené tlačivo, vrátane operačného nálezu z vykonaného chirurgického zákroku, zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie PU PO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava.

ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený)

Číslo poistnej zmluvy:
 Meno a priezvisko poisteného: Rodné číslo: /
 Adresa: PSČ:
 Telefón domov: Telefón do zamestnania:

ÚDAJE O CHIRURGICKOM ZÁKROKU (vyplňuje poistený)

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

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného (vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo
 Vzťah k maloletému telefón do zamestnania telefón domov
 Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje. V zmysle zákona o ochrane osobných údajov súhlasím, aby poisťovňa moje vyššie uvedené osobné údaje spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.
 Podpis zákonného zástupcu

Pokyny k výplate poistného plnenia (vyplňuje poistený)

Poukážite na číslo účtu v tvare IBAN: SWIFT/BIC:
 Názov účtu príjemcu:

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. Súhlasím, aby Komunálna poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group podľa potreby zisťovala môj zdravotný stav. Týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytlí poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa liečenia choroby, úrazu, resp. zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie z poistnej zmluvy. Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group spracúva moje osobné údaje získané v súvislosti s mojou 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, za účelom zabezpečenia výkonu práv a plnenia povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy. Zároveň poisťovateľ informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kpas.sk.

V dňa

.....
 podpis poisteného (resp. zákonného zástupcu poisteného)

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA o chirurgickom zákroku poistej osoby uvedenej na prednej strane oznámenia

Ošetrojúci lekár MUDr. Názov a adresa zdrav. zariadenia
..... PŠČ

Tel.: e-mail

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného rod. 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 opilsti 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