

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:

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

**OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI
Z PRIPOISTENIA VÁŽNYCH CHORÔB**

Nárok na plnenie vzniká v prípade poistnej udalosti, ktorou sa v pripoistení vážnych chorôb rozumie ochorenie poisteného aspoň na jednu z vážnych chorôb uvedených v poistných podmienkach, ktorá bola prvý krát zistená počas trvania pripoistenia a diagnosticky potvrdená odborným lekárom zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bol poistený vyšetrený alebo transplantácia niektorého z telesných orgánov poisteného uvedených v poistných podmienkach. Za dátum vzniku poistnej udalosti sa považuje deň, v ktorom bola odborným lekárom stanovená diagnóza vážnej choroby alebo vykonaná transplantácia telesného orgánu poisteného. Nárok na poistné plnenie vzniká len za prvú poistnú udalosť. Vyplnené a lekárom potvrdené tlačivo, vrátane lekárskej správy z vyšetrenia, ktorým bola vážna choroba diagnostikovaná, zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie PU PO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava. V prípade, že úraz vyšetrovala polícia priložením (zaslaním) kópie správy z jej vyšetrenia, ak ju máte k dispozícii, môžete vybavovanie poistnej udalosti urýchliť. Ak ste boli v dôsledku vážnej choroby hospitalizovaný, priložte k tlačivu aj fotokópiu prepúšťacej správy z hospitalizácie, resp. hospitalizácií.

ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený)

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

ÚDAJE O VÁŽNEJ CHOROBE (vyplňuje poistený)

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

Kedy sa objavili prvé príznaky vážneho ochorenia? Druh ťažkosti

Dátum diagnostikovania vážnej choroby odborným lekárom alebo vykonania transplantácie telesného orgánu

Diagnostikácia, resp. transplantácia vykonaná v zdravotníckom zariadení – adresa

Tel:

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

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia (vrátane dokumentácie týkajúcej sa vážneho ochorenia)

Tel:

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

Dátum úrazu hodina úrazu miesto úrazu

Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)

Popis poranenia

Vyšetrovala úraz polícia? nie áno Adresa polície

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)

Poukážte 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. Zároveň poisťovateľ informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kpas.sk. Vzhľadom na druh poistenia, žiadam ošetrojúceho lekára o uvedenie presnej diagnózy vážnej choroby na druhej strane oznámenia a to aj v prípade, že pôjde o diagnózu, ktorá sa zvyčajne pacientom v plnom rozsahu neoznamuje.

V dňa

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

Správa ošetrojúceho lekára o vážnej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov poistenej osoby uvedenej na prednej strane oznámenia

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

Tel.: e-mail

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného rod. číslo

- ošetroval poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia a diagnostikoval ochorenie, resp. vykonal transplantáciu telesného orgánu
 vypracoval správu o vážnej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov na základe zdravotnej dokumentácie z liečenia ochorenia poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym zariadením

Diagnóza vážneho ochorenia a jeho štádium

Dátum diagnostikovania vážneho ochorenia v zdravotníckom zariadení

Vyšetrenie, ktorým bolo vážne 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? Od do Kde?

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

Druh ťažkostí:

V akých zdrav. zariadeniach sa poistený po diagnostikovaní vážnej choroby, resp. po transplantácii telesného orgánu liečil? Uvedte názov, adresu a meno príslušného odborného lekára, resp. lekárov

Došlo k vzniku vážneho 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 opilsti 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