



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:

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

7201

OZNÁMENIE O NEVYHNUTNOM LIEČEBNOM POBYTE V NEMOCNICI

Nárok na plnenie vzniká za nevyhnutný liečebný pobyt v nemocnici po uplynutí ochranných lehôt uvedených v poistných podmienkach a zmluvných dojednaniach. Nárok na plnenie nie je za pobyty v nemocnici z dôvodu dozoru a opatrovania blízkych, pri rehabilitačných, rekondičných, doliečovacích, klimaticko – roburačných pobytoch, kúpeľnej liečbe a niektorých ďalších pobytoch v nemocnici uvedených v poistných podmienkach. K vyplnenému oznámeniu priložte čitateľnú fotokópiu prepúšťacej správy z nemocnice, kde ste boli hospitalizovaný(á). V mene maloletého poisteného oznámenie vyplňuje jeho zákonný zástupca. Uvedené doklady pošlite na adresu: Komunálna poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie ÚPO, Štefániková 17, 811 05 Bratislava.

ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený)

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

ÚDAJE O POBYTE V NEMOCNICI (vyplňuje poistený)

Pobyt v nemocnici od do vrátane
 Názov a adresa nemocnice Tel:
 Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného Tel:

Vyplňte iba pri hospitalizácii v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia poistného

Dátum úrazu hodina úrazu miesto úrazu
 Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)
 Popis poranenia
 Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? nie áno Boli ste vodičom v čase nehody? nie áno ŠPZ
 Bola táto časť tela už predtým funkčne postihnutá? nie áno Kedy? Ako?
 Je to prvý úraz tejto časti tela? nie áno Aké poranenie? Kedy?
 Prvé ošetrenie bolo poskytnuté dňa o hod. v zdrav. zariadení – adresa Tel:
 Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili Tel:
 Mená a adresy svedkov úrazu
 Vyšetrala úraz polícia? nie áno Adresa polície

Pokyny k výpláte poistného plnenia (vyplňuje poistený)

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

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

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 poskytli 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)