



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

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

## OZNÁMENIE O PRIZNANÍ INVALIDNÉHO DÔCHODKU

(oslobodenie od platenia poisťného, výplata plnenia za invaliditu)

Nárok na oslobodenie od platenia poisťného alebo na výplatu poisťného plnenia vzniká za invalidný dôchodok, t. j. % pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, ktorý je priznaný Sociálnou poisťovňou po uplynutí ochrannej lehoty uvedenej v poisťných podmienkach a zmluvných dojednaniach. Pre priznanie plnenia, či nároku na oslobodenie od platenia poisťného je potrebné, aby pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť bol viac ako 70 %. K vyplnenému oznámeniu priložte čitateľnú fotokópiu rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku na „Zápisnici z rokovania posudkovej komisie“ zo Sociálnej poisťovne (nestačí rozhodnutie o pozastavení nemocenských dávok z regionálnej Sociálnej poisťovne) a 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 poisťnej zmluvy: .....  
 Meno a priezvisko poisteného: ..... Rodné číslo: ..... / .....  
 Adresa: ..... PSC: .....  
 Telefón domov: ..... Telefón do zamestnania: .....

### ÚDAJE O PRIZNANÍ INVALIDNÉHO DÔCHODKU ZO SOCIÁLNEJ POISŤOVNE (pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 70 %)

Invalidný dôchodok priznaný Sociálnou poisťovňou s účinnosťou od ..... v dôsledku choroby úrazu  
 Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia ..... Tel.: .....

Od kedy trpíte ochorením v dôsledku, ktorého ste invalidný/á? .....

Vyplňte, iba ak bol invalidný dôchodok (pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 70 %) priznaný v ochrannej lehote výlučne v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe trvania poistenia

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 .....

Vyšetřovala úraz polícia?  nie  áno Adresa polície .....

### Pokyny k výplatu poisťného plnenia (označte jednu z možností)

Poukážete na číslo účtu v tvare IBAN: ..... SWIFT/BIC: .....

Názov účtu prijemcu: .....

Poukážete na OPÚ účet: .....

### 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.

Podpis zákonného zástupcu .....

Prehlasujem, že som na všetky otázky uvedené vo formulári odpovedal pravdivo a úplne a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť. Súhlasím, aby si KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group vyžiadala všetku potrebnú dokumentáciu, vzťahujúcu sa k poisťnej udalosti. Súčasne pozbavujem lekárov mlčanlivosti o všetkých skutočnostiach, týkajúce sa môjho (maloletého poisteného) zdravotného stavu a oprávňujem lekárov, aby poskytl KOMUNÁLNEJ poisťovni, a. s. Vienna Insurance Group informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa môjho (maloletého poisteného) zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie z poisťnej zmluvy. Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva moje osobné údaje 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 poisteného (resp. zákonného zástupcu poisteného)

**Potvrdenie zamestnávateľa alebo organizácie, ktorá dojednala poistenie v prospech poisteného**

V zmysle poistnej zmluvy došlo k úrazu poisteného ..... rod. č. ....  
pri poistenej činnosti pracovnej mimopracovnej .....  
Výška poistnej sumy/ročného invalidného dôchodku za invaliditu (pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť) .....

V ..... dňa .....  
pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)

**ÚDAJE O ÚVERE, PÔŽIČKE - IBA PRI NÁROKU NA ÚHRADU SPLÁTOK ÚVERU POISŤOVŇOU POČAS PLNEJ INVALIDITY (vyplňuje poskytovateľ úveru, pôžičky)**

Číslo zmluvy o úvere ..... názov banky .....

Adresa ..... PSČ ..... Tel.:

Číslo úveru ..... na dobu od ..... do ..... výška úveru ..... výška splátky .....

Periodicita splátok | mesačná | štvrtročná | polročná | ročná | iná: .....

Meno a priezvisko poisteného ..... rod.č. ....

Adresa poisteného ..... PSČ .....

Číslo a názov pobočky banky .....

Poistné plnenie vyplatiť v prospech účtu IBAN ..... SWIFT/BIC .....

Názov účtu príjemcu .....

.....  
dátum

.....  
meno a priezvisko oprávneného  
pracovníka poskytovateľa úveru

.....  
pečiatka a podpis

V ..... dňa .....

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