



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

## OZNÁMENIE O VZNIKU PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI V POISTENÍ ÚVERU

Nárok na prvý dôchodok za práceneschopnosť vzniká, ak sa poistený stane v čase trvania poistenia práceneschopným a táto práceneschopnosť nepretržite trvá aj po uplynutí čakacej doby uvedenej v poisťnej zmluve. Spolu s vyplneným tlačivom predložte do poisťovne aj kópiu potvrdenia pracovnej neschopnosti („Potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti“). V prípade, že práceneschopnosť naďalej trvá, pre výplatu dôchodku za práceneschopnosť v ďalších mesiacoch je potrebné mesačne predkladať potvrdenie ošetrojúceho lekára o trvaní Vašej pracovnej neschopnosti. V prípade, že k práceneschopnosti došlo následkom úrazu, ktorý vyšetrovala polícia, priložením kópie správy z vyšetrovania, ak ju máte k dispozícii, môžete vybavovanie poisťnej udalosti urýchliť.

Vyplnené tlačivo spolu s vyššie uvedenými dokladmi 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: .....  
 Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti .....

## ÚDAJE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI (vyplňuje poistený)

Doba trvania pracovnej neschopnosti od ..... do ..... vrátane, v dôsledku:  
**úraz**  
 Dátum úrazu ..... hodina úrazu ..... miesto vzniku úrazu .....  
 Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu) .....  
 Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uveďte všetky dg.) .....  
 Došlo k poisťnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov alebo omamných látok?  nie  áno  
 Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? áno nie Boli ste vodičom v čase nehody?  nie  áno ŠPZ .....  
 Popis poranenia .....  
 Bola táto časť tela už predtým postihnutá úrazom alebo funkčne?  nie  áno Kedy? Ako? .....  
 Vyšetrovala úraz polícia?  nie  áno Adresa polície .....  
 Došlo k poisťnej udalosti v príčinnej súvislosti s profesionálnym vykonávaním športu?  nie  áno  
**choroby**  
 Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uveďte všetky dg.) .....  
 Liečili ste sa alebo Vám bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo v dôsledku ochorenia (ochorení), pre ktoré ste boli PN?  nie  áno od ..... do ..... Kde? .....  
 Adresa lekára, resp. zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili ..... Tel.: .....  
 Adresa lekára, resp., zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená Vaša kompletná zdravotná dokumentácia ..... Tel.: .....

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo a 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, ktoré sú potrebné na plnenie z poisťnej zmluvy.

Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s mojou poisťnou 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 poisťnej 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

ÚDAJE O ÚVERE (vyplňuje poskytovateľ úveru)

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

Adresa ..... PSČ ..... Tel.: .....

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

Periodicita splátok | mesačná | štvrťročná | 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 ..... pečiatka a podpis

pracovníka poskytovateľa úveru

Poplatok za vyplnenie formuláru lekárom hradí poistený, resp. zákonný zástupca maloletého poisteného.  
 Poisťovňa prepláca poistenému poplatok za vyplnenie formuláru do max. výšky 4,98 EUR.

Potvrdenie ošetrojúceho lekára o pracovnej neschopnosti poisteného

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

..... PSČ .....

Tel.: ..... e-mail .....

Potvrďujem liečbu poisteného ..... rod. č. ....

z dôvodu choroby alebo úrazu, ktorá trvala od ..... do ..... vrátane; číslo PN .....

Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých ochorení, prosíme uviesť všetky dg.) .....

Došlo v priebehu liečenia ku komplikáciám, ktoré mali za následok predĺženie liečenia nad obvyklú dobu?

áno Aké komplikácie? .....

nie

Liečil sa poistený alebo mu bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo na uvedené ochorenie (ochorenia) v posledných troch rokoch?

áno od ..... do .....

nie

Vznikol úraz alebo choroba (choroby), pre ktoré bol poistený práceneschopný, v dôsledku:

1. požívania alebo požitia alkoholu, návykových látok alebo vysokých dávok liekov bez súhlasu lekára  áno Akých? .....
- ..... % alkoholu v krvi .....  nie
2. úmyselného sebapoškodenia, pokusu o samovraždu alebo úmyselného privodenia choroby  nie  áno
3. vyšetrenia, prehliadky a ďalšie úkony vykonané v osobnom záujme poisteného, ktoré nemajú liečebný účel alebo sú vykonané za účelom kozmetickej korekcie  nie  áno
4. profesionálneho vykonávania športu  nie  áno
5. doliečovacieho, rehabilitačného, rekondičného, klimaticko – roburačného pobytu  áno od ..... do .....  nie
6. kúpeľnej liečby  nie  áno
7. tehotenstva alebo pôrodu, umelého prerušenia tehotenstva a potratu  nie  áno
8. liečenia závislostí, vrátane odvykacích kúr  nie  áno

Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a zodpovedajú skutočnosti.

V ..... dňa .....

.....  
 pečiatka zdravotníckeho zariadenia a podpis ošetrojúceho lekára