



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

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

## SPRÁVA O TRVALÝCH NÁSLEDKoch ÚRAZU

### ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Číslo poisťnej zmluvy: .....

Meno a priezvisko poisteného: ..... Rodné číslo: ..... / .....

Štátna príslušnosť: .....

Adresa: ..... PSC: .....

Telefonický kontakt: ..... e-mail: .....

Zamestnanie: ..... Pracovné zaradenie: .....

Je poistený politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>1</sup>

Je poistený sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>2</sup>

Dátum vzniku úrazu: .....

Úraz vo voľnom čase: .....  Úraz pri výkone povolania: .....

Ktorá časť tela bola poranená? .....

Bola táto časť tela funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom? .....

Ste:  pravák  ľavák

<sup>1</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>2</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

### POKyny K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

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

Názov účtu príjemcu: .....

Poukážte na OPÚ účet: .....

### PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETÉHO POISTENÉHO (vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: ..... Rodné číslo: ..... / .....

Štátna príslušnosť: .....

Vzťah k maloletému: ..... Telefonický kontakt: .....

e-mail: .....

Je zákonný zástupca poisteného politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>3</sup>

Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>4</sup>

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého ..... a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s 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. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke [www.kpas.sk](http://www.kpas.sk).

V ..... dňa .....

Podpis zákonného zástupcu .....

<sup>3</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>4</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

Prehlasujem, že som na všetky otázky uvedené vo formulári odpovedal pravdivo a úplne a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s 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 poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke [www.kpas.sk](http://www.kpas.sk).

### Súhlas so spracúvaním osobných údajov

Poistený označený v tejto poistnej zmluve udeľujem súhlas spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom: Štefánikova 17, 811 05 Bratislava, IČO: 31 595 545, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „**Spoločnosť**“), **aby spracúvala** moje osobné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a to ich zisťovaním a preverovaním (a následným spracúvaním týchto údajov) vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov ako aj získavaním výpisov zo zdravotnej dokumentácie a zapožičaním zdravotnej dokumentácie za účelom zistenia pravdivosti mnou uvedených informácií v poistnej zmluve a posúdenia poistnej udalosti.

Zároveň v uvedenom rozsahu zbavujem mlčanlivosti voči Spoločnosti všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s mojím zdravotným stavom.

Beriem na vedomie, že môj súhlas údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla Spoločnosti.

- ÁNO, DÁVAM SÚHLAS  
 NIE, NEDÁVAM SÚHLAS

V ..... dňa .....  
overený podpis poisteného ..... číslo dokladu totožnosti .....  
resp. zákonného zástupcu poisteného\*

\* **Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec** spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group na jej obchodnom mieste, pobočke alebo priamo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaisťovania (**namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike**).

.....  
dátum a podpis osoby,  
ktorá identifikovala klienta

.....  
čitateľné meno a priezvisko/názov osoby<sup>5</sup>,  
ktorá identifikovala klienta<sup>6</sup>

.....  
osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby,  
ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

<sup>5</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

<sup>6</sup> V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.

**Náklady spojené s vyplnením tohto formulára pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.** Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

**SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA (vyplní ošetrujúci lekár)**

Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že ošetroval poisteného ..... Rodné číslo: ...../....., ktorý je uvedený na prednej strane formulára a zistil nižšie uvedené telesné poškodenia a zdravotné ujmy tohto druhu a rozsahu:

1. Aké trvalé následky úraz zanechal?  
(Popis objektívnych príznakov, najmä stratu, prípadne stratu funkčnosti tých častí organizmu, ktoré boli úrazom postihnuté)  
V prípade zranenia končatiny presný popis obmedzenia funkcie, hybnosti, svalovej sily atď. v porovnaní so zdravou končatinou; v prípade zranenia oka – visus – stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením; v prípade zranenia ucha – sluch – stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením; pri jazvách uviesť presne ich veľkosť – dĺžka, plocha, tvar – vypuklosť, lokalizáciu.

2. Diagnóza:

3. Nastali zistené odchýlky v zdravotnom stave výlučne následkom úrazu?

4. Majú vplyv na celkový rozsah trvalých následkov úrazu stavy, ktoré s úrazom nesúvisia? Ak áno, aké?

5. Je liečenie skončené, súčasný stav ustálený?  
Ak nie, uveďte prognózu:

6. Bola poranená končatina alebo orgán funkčne alebo inak postihnutá už pred týmto úrazom?

7. Ostatné oznámenia ošetrujúceho lekára:

8. Meno a adresa ošetrujúceho lekára:

Poznámka lekára:

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group informuje dotknutú osobu, že jej osobné údaje spracúva 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](http://www.kpas.sk).

Náklady spojené s vyplnením tohto formulára pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia. Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

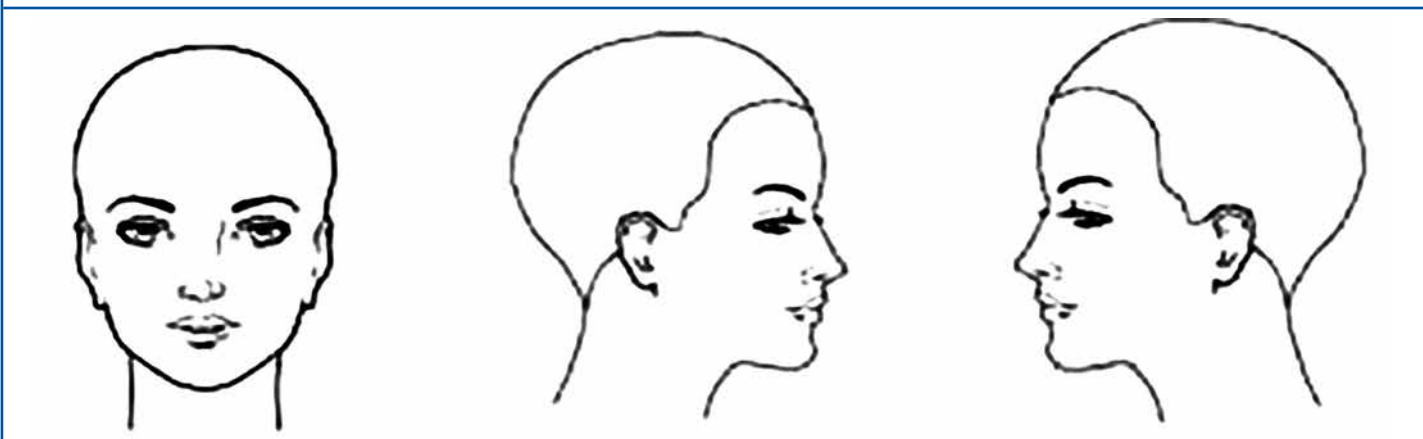
**PRÍLOHA K OZNÁMENIU POISTNEJ UDALOSTI Z ÚRAZOVÉHO POISTENIA (vyplní ošetrujúci lekár)**

**Pokyny:** Do prílohy zakreslite všetky jazvy poisteného, vrátane jaziev z predchádzajúcich úrazov. **Jazvy na krku a/alebo na tvári,** ktoré sú predmetom hodnotenia, zakreslite červenou farbou a jazvy z predchádzajúcich úrazov zakreslite modrou farbou. Do tabuľky nižšie uveďte presný popis (napr. jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.) a rozsah jaziev (v cm, resp. cm<sup>2</sup>) s označením časti krku/tváre, kde sa jazva nachádza.

Poistený: ..... Rodné číslo: ..... / .....

Dátum vzniku úrazu: .....

Úraz vo voľnom čase: .....  Úraz pri výkone povolania: .....



Časť tváre	rozsah jazvy v cm/cm <sup>2</sup>	popis jazvy (jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.)
<b>Čelo</b> - vpravo		
	- vľavo	
	- stred	
<b>Nos</b> - vpravo		
	- vľavo	
<b>Líce</b> - vpravo		
	- vľavo	
<b>Brada</b> - vpravo		
	- vľavo	
<b>Pera</b> - spodná		
	- vrchná	
<b>Ucho</b> - vpravo		
	- vľavo	
<b>Krk</b> - vpravo		
	- vľavo	
	- stred	

Poznámka lekára:

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group informuje dotknutú osobu, že jej osobné údaje spracúva 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](http://www.kpas.sk).

Náklady spojené s vyplnením tohto formulára pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia. Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

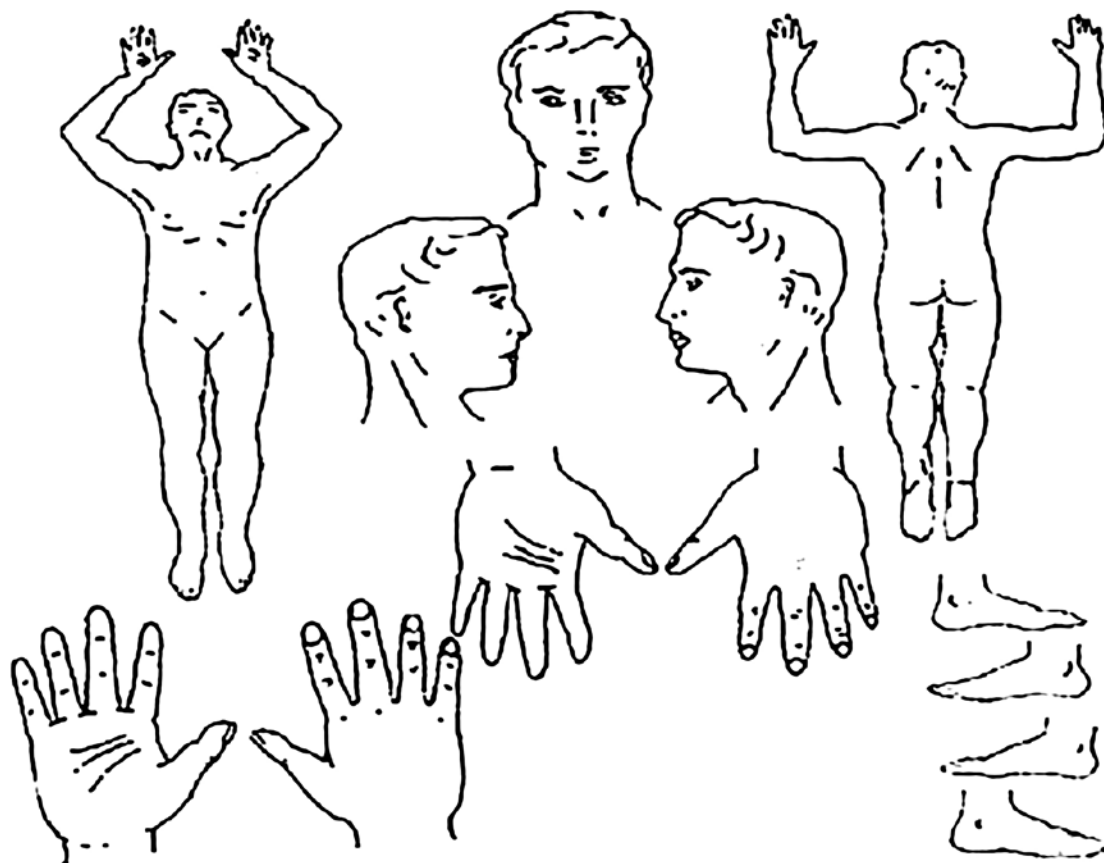
**PRÍLOHA K OZNÁMENIU POISTNEJ UDALOSTI Z ÚRAZOVÉHO POISTENIA (vyplní ošetrujúci lekár)**

**Pokyny:** Do prílohy zakreslite všetky jazvy poisteného, vrátane jaziev z predchádzajúcich úrazov. **Jazvy na tele**, ktoré sú predmetom hodnotenia, zakreslite červenou farbou a jazvy z predchádzajúcich úrazov zakreslite modrou farbou. Do tabuľky nižšie uveďte presný popis (napr. jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.) a rozsah jaziev (v cm, resp. cm<sup>2</sup>) s označením časti tela, kde sa jazva nachádza.

Poistený: ..... Rodné číslo: ..... / .....

Dátum vzniku úrazu: .....

Úraz vo voľnom čase: .....  Úraz pri výkone povolania: .....



Časť tváre	rozsah jazvy v cm/cm <sup>2</sup>	popis jazvy (jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.)	Časť tváre	rozsah jazvy v cm/cm <sup>2</sup>	popis jazvy (jazva keloidná, jazva málo viditeľná a pod.)
Hlava			Ruky		
Krk			Genitálie vonkajšie		
Predná časť trupu			Sedacie časti		
Zadná časť trupu			Stehná		
Ramená			Predkolenia		
Predlaktia			Nohy		

Poznámka lekára:

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka a podpis ošetrujúceho lekára

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group informuje dotknutú osobu, že jej osobné údaje spracúva 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](http://www.kpas.sk).

Náklady spojené s vyplnením tohto formulára pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia. Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

PRÍLOHA K OZNÁMENIU POISTNEJ UDALOSTI Z ÚRAZOVÉHO POISTENIA (vyplní odborný lekár)

Pokyny: Prílohu vyplní a potvrdí odborný lekár (nie pediater ani praktický lekár). Pri určovaní rozsahu obmedzenia pohybov v kĺboch, prosíme, uveďte porovnanie so zdravou končatinou, t. j. uveďte rozsah pohybov oboch končatín.

Poistený: ..... Rodné číslo: ..... /.....

Dátum vzniku úrazu: .....

Úraz vo voľnom čase: .....  Úraz pri výkone povolania: .....

<input type="checkbox"/> pravák	<input type="checkbox"/> ľavák	Pravá horná končatina	Ľavá horná končatina
<b>Rameno</b>	elevácia		
	abdukcia z predpaženia		
	addukcia z predpaženia		
	extenzia		
	addukcia		
	vnútorná rotácia		
	vonkajšia rotácia		
<b>Lakeť</b>	extenzia		
	flexia		
	pronácia		
	supinácia		
<b>Zápästie</b>	dorzálna flexia		
	palmárna flexia		
	radiálna flexia		
	ulnárna flexia		
<b>Prsty na ruke</b>	nedovieravosť do dlane v cm:		
	porucha úchopovej funkcie		
		Pravá dolná končatina	Ľavá dolná končatina
<b>Bedro</b>	extenzia		
	flexia		
	abdukcia		
	addukcia		
	vnútorná rotácia		
	vonkajšia rotácia		
<b>Koleno</b>	extenzia		
	flexia		
	vnútorná rotácia		
	vonkajšia rotácia		
	kývavosť		
<b>Členok</b>	dorzálna flexia		
	plantárna flexia		
	abdukcia		
	addukcia		
	pronácia		
	supinácia		
	kývavosť - instabilita		
<b>Noha</b>	popis poruchy funkcie		
<b>Prsty na nohe</b>	popis poruchy funkcie		

Popis iných trvalých následkov úrazu:

Poznámka lekára:

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group informuje dotknutú osobu, že jej osobné údaje spracúva 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](http://www.kpas.sk).