



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

## OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIA PSYCHICKÝCH CHORÔB

Vyplnené a lekárom potvrdené tlačivo, vrátane lekárskej správy z vyšetrenia, ktorým bola psychická choroba diagnostikovaná, zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie ÚPO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava. V prípade, ak pre psychickú chorobu poistený nie je schopný robiť právne úkony a bol súdom obmedzený alebo pozbavený spôsobilosti na právne úkony, priložte k tlačivu fotokópiu **právoplatného súdneho rozhodnutia** súdom určenej osoby spôsobilej pre nakladanie s finančnými prostriedkami poisteného.

### ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený, resp. súdom určený opatrovník poisteného)

Číslo poistnej zmluvy: .....

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

Štátna príslušnosť: .....

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

Telefón: ..... e-mail: .....

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

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

### ÚDAJE O PSYCHICKEJ CHOROBE (vyplňuje poistený, resp. súdom určený opatrovník poisteného)

Názov psychickej choroby: .....

Kedy sa objavili prvé príznaky psychickej choroby? .....

Popis prvotných príznakov: .....

Kedy Vám bola oznámená diagnóza odborným lekárom? .....

Meno a adresa odborného lekára (špecialista), ktorý chorobu diagnostikoval: ..... Tel: .....

Kedy, kde a ako ste sa bezprostredne po zistení psychickej choroby liečili? Uved'te presnú dobu (od kedy do kedy), názvy a adresy zdravotníckych zariadení, mená lekárov a spôsob liečenia (užívanie liekov a pod.): .....

Boli ste pre psychickú chorobu práceneschopným?  nie  áno

Doba trvania pracovnej neschopnosti v dôsledku psychickej choroby od: ..... do: ..... vrátane.

Meno a adresa lekára, ktorý Vás uznal za práceneschopného: ..... Tel: .....

### Vyplňte iba pri psychickej chorobe, ktorá vznikla z dôvodu stavu po úraze

Dátum úrazu: ..... hodina úrazu: ..... miesto úrazu: .....

Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu): .....

Popis poranenia: .....

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

<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)**

Poistné plnenie žiadam poukázať:

<input type="checkbox"/> na účet (IBAN)																				Názov banky
<input type="checkbox"/> áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu	<input type="checkbox"/> nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám, uveďte vlastníka účtu a vzťah																			
<input type="checkbox"/> na OPU účet																				Meno poistníka

**PREHLÁSENIE SÚDOM URČENEJ OSOBY (vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného)**

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

Adresa trvalého pobytu: ..... PSČ: .....

Štátna príslušnosť: ..... Vzťah k poistenému: .....

Telefón: ..... e-mail: .....

Ste politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>3</sup>

Ste sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>4</sup>

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci poisteného .....

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 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).

V ..... dňa ..... podpis súdom určenej osoby ..... číslo dokladu totožnosti .....

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 Mestského súdu Bratislava III, 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 mojim 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 len 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 zaistenia.

..... 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>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)

<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.

Pokyny: „Správa ošetrojúceho lekára“ vyplní ošetrojúci lekár (psychiater). Vyplnený formulár zašlite na adresu poisťovne.

Náklady spojené s vyplnením tohto formulára pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

### SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA O PSYCHICKEJ CHOROBE POISTENEJ OSOBY UVEDENEJ NA PRVEJ STRANE OZNÁMENIA

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

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

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že  
poisteného ..... Rodné číslo: ...../.....

ošetroval a diagnostikoval mu psychickú chorobu  
a/alebo

vypracoval správu o psychickej chorobe na základe zdravotnej dokumentácie z liečenia psychickej poruchy  
vystavenej zdravotníckym zariadením .....

#### Údaje o psychickej chorobe

Diagnóza psychickej choroby (presný kód a názov podľa MKCH): .....

Meno odborného lekára (špecialista), ktorý chorobu diagnostikoval: .....  
v zdravotníckom zariadení: .....

Dátum diagnostikovania psychickej choroby: .....

Spôsob a druh liečby psychickej choroby (popis liečby): .....

V akých zdrav. zariadeniach sa poistený po diagnostikovaní psychickej choroby liečil? Uveďte názov, adresu a meno príslušného  
odborného lekára, resp. lekárov: .....

Dátum prvých príznakov, resp. od kedy sa poistený lieči na ochorenie, ktoré s vyššie uvedenou psychickou chorobou súvisí:  
.....

Podrobný popis zdravotných problémov, príznaky: .....

Potvrdzujem pracovnú neschopnosť poisteného z dôvodu liečenia choroby:

kód dg podľa MKCH ..... názov .....

PN pre psychickú chorobu trvala v období od: ..... do ..... vrátane, číslo ePN: .....

Meno lekára, adresa zdrav. zariadenia, ktoré PN vystavilo: .....

Je poistený pre psychickú chorobu obmedzený alebo pozbavený spôsobilosti na právne úkony?  nie  áno

Došlo k vzniku psychickej choroby následkom úrazu?  nie  áno

Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom, diagnóza vlastného zranenia (slovensky - latinsky): .....

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

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

### POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA (vyplňuje zamestnávateľ), SZČO

Potvrdzujeme, že poistený: ..... Rodné číslo: ...../.....

bol v čase práceneschopnosti, ktorá trvala od ..... do ..... u nás nepretržite zamestnaný.

Názov a adresa zamestnávateľa počas PN: .....

V ..... dňa .....  
.....  
Pečiatka a podpis zamestnávateľa