

**ŽIADOSŤ O VYPLATENIE BENEFITU**

zubný strojček a laserová operácia očí

Poisťovňa pristúpi k posúdeniu žiadosti nároku na poistné plnenie, ak je poistné uhradené za prvé tri mesiace trvania poistenia väčšie ako 30 EUR.

Poistnou udalosťou **benefit ZUBNÝ STROJČEK** je začatie liečby zubným strojčekom, ktorý je vyrobený a poskytnutý zubným technikom. Podkladom k výplате poistného plnenia za benefit je predložený pokladničný doklad, z ktorého jednoznačne vyplýva, že zubný strojček bol predpísaný poistenému, jeho cena bola uhradená počas trvania pripoistenia a bol vyrobený a poskytnutý zubným technikom.

Poistnou udalosťou **benefit LASEROVÁ OPERÁCIA** je absolvovanie laserovej operácie očí v zdravotníckom zariadení. Podkladom k výplате poistného plnenia za benefit je predložený pokladničný doklad, z ktorého jednoznačne vyplýva, že laserová operácia očí bola vykonaná poistenému, bola uhradená počas trvania pripoistenia a bola vykonaná v zdravotníckom zariadení.

K vyplnenému tlačivu priložte požadovaný doklad, zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie ÚPO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava.

ÚDAJE O POISTENOM (vyplňte údaje o poistenom z poistnej zmluvy)

Číslo poistnej zmluvy:

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

Štátna príslušnosť:

Adresa trvalého pobytu: PSČ:

Telefonický kontakt: E-mail:

Je poistený politicky exponovanou osobou? nie áno¹Je poistený sankcionovanou osobou? nie áno²

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

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

ÚDAJE O LIEČBE ZUBNÝM STROJČEKOM/VYKONANEJ LASEROVEJ OPERÁCIÍ OČÍ

Zubný strojček – dátum začatia liečby Adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bol zubný strojček vyrobený
.....

Laserová operácia očí – dátum operácie Adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bola vykonaná operácia
.....

PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU (vyplňuje zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu:

Adresa trvalého pobytu: PSČ:

Rodné číslo:/..... Štátna príslušnosť: Vzťah k poistenému:

Telefonický kontakt: e-mail:

Ste politicky exponovanou osobou? nie áno³Ste sankcionovanou osobou? nie áno⁴

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého:
a som si vedomý dôsledkov, ak 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.

V dňa
..... podpis zákonného zástupcu druh a číslo dokladu totožnosti

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

⁴ 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

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.

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
resp. zákonného zástupcu poisteného*
číslo dokladu totožnosti

* 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

.....
 čitateľne meno a priezvisko/názov osoby⁵,
 ktorá identifikovala klienta⁶

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

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

⁶ 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.