

## OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

### POISTENIE LIEČEBNÝCH NÁKLADOV A ÚRAZOVÉ POISTENIE

Meno:	Poistná zmluva č.:
Rodné číslo:	Platnosť poistnej zmluvy:
Adresa:	
Č. telefónu:	E-mail:
Účel cesty	Štát:
Názov, adresa CK:	Č. telefónu CK:
<b>V prípade maloletého vyplní jeho zákonný zástupca</b>	
Meno:	Rodné číslo:
Adresa:	
Dôvod pre ktorý ste museli vyhľadať lekársku pomoc, uveďte miesto a dátum (stručný popis udalosti):	
<input type="checkbox"/> choroba <input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> dopravná nehoda	
Dátum hospitalizácie:	Diagnóza:
od: .....	do: .....
Adresa zdravotníckeho zariadenia:	
Výška škody:	Mena:
Poskytnutá lekárska starostlivosť	<input type="checkbox"/> ambulantne <input type="checkbox"/> pobyt v nemocnici
Spôsob úhrady:	<input type="checkbox"/> bezplatne <input type="checkbox"/> platba v hotovosti <input type="checkbox"/> faktúra pre poisťovňu
Liečili ste sa na uvedenú diagnózu už pred odchodom do cudziny?	
Zavinila poistnú udalosť iná osoba?:	Adresa:
Vyšetrowala poistnú udalosť polícia?	Adresa:
Je predpoklad, že úraz zanechá trvalé následky?	
Poistné plnenie žiadam poukázať:	na adresu:
Na účet v tvare IBAN:	
Majiteľ účtu (meno):	
Beriem na vedomie, že spoločnosť KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva moje osobné údaje poskytnuté v súvislosti s likvidáciou škodovej udalosti, 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 a zákon č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ktorým sa zrušuje smernica 95/ 46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej škodovej udalosti.	
Dátum:	Podpis klienta (resp. zákonného zástupcu maloletého):