KOMUNÁLNA poisťovňa
VIENNA INSURANCE GROUP

Číslo poistnej udalosti – vyplňuje poisťovňa

OZNÁMENIE O NEVYHNUTNOM LIEČEBNOM POBYTE V NEMOCNICI

Nárok na plnenie vzniká za nevyhnutný liečebný pobyt v nemocnici po uplynutí ochranných lehôt uvedených v poistných podmienkach a zmluvných dojednaniach. Nárok na plnenie nie je za pobyty v nemocnici z dôvodu dozoru a opatrovania blízkych, pri rehabilitačných, rekondičných, doliečovacích, klimaticko – roburačných pobytoch, kúpeľnej liečbe a niektorých ďalších pobytoch v nemocnici uvedených v poistných podmienkach. K vyplnenému oznámeniu priložte čitateľnú fotokópiu prepúšťacej správy z nemocnice, kde ste boli hospitalizovaný(á). V mene maloletého poisteného oznámenie vyplňuje jeho zákonný zástupca.
Uvedené doklady zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie PU PO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava.

Údaje o poistenej osobe – vyplňuje poistený

Číslo poistnej zmluvy (z poistky) .....

Priezvisko a meno poisteného ..... rodné číslo .....

Adresa .....

..... PSČ ..... ☎ do práce ..... ☎ domov .....

Údaje o pobyte v nemocnici - vyplňuje poistený

Pobyt v nemocnici od ..... do ..... vrátane

Názov a adresa nemocnice .....

..... ☎.....

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného .....

..... ☎ .....

Vyplňte iba pri hospitalizácii v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia poistného

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

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

.....

Popis poranenia .....

Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? nie áno Boli ste vodičom v čase nehody? nie áno ŠPZ .....

Bola táto časť tela už predtým funkčne postihnutá? nie áno Kedy? Ako? .....

Je to prvý úraz tejto časti tela? áno nie Aké poranenie ?..... Kedy? .....

Prvé ošetrenie bolo poskytnuté dňa ..... o hod. ..... v zdrav. zariadení – adresa .....

..... ☎ .....

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili .....

..... ☎ .....

Mená a adresy svedkov úrazu .....

.....

Vyšetrovala úraz polícia ? nie áno Adresa polície .....

Pokyny k výplate poistného plnenia - vyplňuje poistený

Poistné plnenie žiadam poukázať:

na účet číslo ..... kód banky .....

na meno a adresu .....

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného - vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného

Meno a priezvisko zákonného zástupcu ..... rodné číslo .....

Vzťah k maloletému ..... ☎do práce ..... ☎domov .....

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého ..... a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje. V zmysle zákona o ochrane osobných údajov súhlasím, aby poisťovňa moje vyššie uvedené osobné údaje spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.

podpis zákonného zástupcu .....

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo, 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 poisťovni informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa liečenia choroby, úrazu, resp. zdravotného stavu. V zmysle zákona o ochrane osobných údajov súhlasím, aby poisťovňa moje osobné údaje získané v súvislosti s poistnou zmluvou, vrátane údajov o zdravotnom stave, spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.

V..... dňa .....

.....
podpis poisteného (resp. zák. zástupcu poisteného)