

ŽIADOSŤ O PREPLATENIE BENEFITU

dentálna hygiena a rozšírené krvné testy

Poistovňa pristúpi k posúdeniu vzniku nároku na poistné plnenie:

za **benefit dentálna hygiena** ak má poistený dojednané pripoistenie „Odszkodné za chirurgický zákrok“ pri splnení podmienky stanovenej výšky poistnej sumy, vznikne poistenému nárok na preplácanie dentálnej hygieny do výšky 50 Eur ročne, maximálne však do výšky 200 Eur za celú poistnú dobu. Podkladom na výplatu poistného plnenia za benefit dentálna hygiena je predložený doklad potvrdený odborným lekárom, z ktorého jednoznačne vyplýva, že suma bola zaplatená za vykonanie dentálnej hygieny.

za **benefit rozšírené krvné testy** ak je predložená lekárska správa o vykonaných rozšírených krvných testoch, potvrdená lekárom alebo lekárske zariadením, ktoré testy vykonalo a súčasne je doložený príjmový pokladničný doklad alebo iný doklad o zaplatení sumy za rozšírené krvné testy.

Požadované doklady zašlite na adresu: KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, alebo online na www.kooperativa.sk cez online služby.

POISŤOVŇA

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1

IČO: 00 585 441

DIČ: 2020527300

IČ DPH: SK7020000746

Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.

Registrácia: Obchodný register Okresného súdu BA I, odd: Sa, vložka 79/B

ÚDAJE O POISTENEJ OSOBE (vyplňuje poistený)

Číslo poistnej zmluvy (z poistky)

Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Adresa bydliska		PSČ
Telefonický kontakt	E-mail	

ÚDAJE O VYKONANEJ DENTÁLNEJ HYGIENE/ ROZŠÍRENÝCH KRVNÝCH TESTOCH (vyplňuje poistený)

Dentálna hygiena - dátum vykonania	Adresa lekára, zdravotnickeho zariadenia, kde bola dentálna hygiena vykonaná
Rozšírené krvné testy - dátum vykonania	Adresa lekára, zdravotnickeho zariadenia, kde boli rozšírené krvné testy vykonané

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETÉHO POISTENÉHO (vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného)

Priezvisko zákonného zástupcu	Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k maloletému	E-mail	
Ste politicky exponovanou osobou? nie áno ¹	Ste sankcionovanou osobou? nie áno ¹	

Čestne vyhlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého a som si vedomý(á) dôsledkov, ak by som uviedol(a) vo vyhlásení nepravdivé údaje. Spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Vás informuje, že osobné údaje dotknutých osôb 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) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň Vás informuje, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group www.kooperativa.sk.

Dňa _____ Telefónický kontakt _____ Podpis zákonného zástupcu oprávnenej osoby _____

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistený)

Poistné plnenie žiadam poukázať:

na adresu	PSČ
na účet (IBAN)	Názov banky
áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu	nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám uveďte vlastníka účtu a vzťah

SÚHLAS NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

Spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Vás informuje, že osobné údaje dotknutých osôb 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) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň Vás informuje, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group www.kooperativa.sk.

Súhlasím, aby spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group 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 poisťovej zmluve a posúdenia poisťovej 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**

Je poistený politicky exponovanou osobou? nie áno ¹	Je poistený sankcionovanou osobou? nie áno ¹
Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.	

V	Dňa	Úradne overený podpis poisteného resp. zákonného zástupcu poisteného*	Číslo dokladu totožnosti
----------	------------	--	---------------------------------

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

Dátum Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta	Čitateľne meno a priezvisko/názov osoby², ktorá identifikovala klienta³	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy (prípadne pečiatka)
---	--	--

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

² V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

³ 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.