

OZNÁMENIE O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

s nárokom na vrátenie poistného pri oslobodení od platenia poistného

Nárok na vrátenie poistného pri oslobodení od platenia poistného je pri pracovnej neschopnosti poisteného, ktorá vznikla až po uplynutí zmluvne dojednanej ochrannnej lehoty a ktorá trvala aj po uplynutí čakacej lehoty na plnenie (napr. práceneschopnosť dlhšia ako 1 mesiac).

K vyplnenému oznámeniu priložte: čitateľnú fotokópiu pracovnej neschopnosti, v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená, toto platí len pri vybraných kategóriách ako sú: študent, dôchodca, invalidný dôchodca do 45%, nezamestnaný evidovaný na ÚP a súčasne pracujúci na dohodu, predložte potvrdenie lekára o liečbe na druhej strane tohto tlačiva. Poistovnía v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaobstarávaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídlaceho mimo Slovenskej republiky, ani náklady spojené s dopravou na lekársku prehliadku do Slovenskej republiky. Ak k poistnej udalosti dôjde mimo Slovenskej republiky, je poistený alebo oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia povinná predložiť poistovní úradne overený preklad alebo lekárske správy potrebné na stanovenie rozsahu poistného plnenia potvrdené odborným lekárom na území Slovenskej republiky. Náklady spojené s predložením požadovaných podkladov znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia. Požadované doklady zašlite na adresu: KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, alebo online na www.kooperativa.sk.

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 POISTENOM <small>(vyplňuje poistený)</small>	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky)	
Priezvisko	Meno, titul
Rodné číslo	
Adresa bydliska	PSČ
Telefonický kontakt	E-mail

ÚDAJE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI <small>(vyplňuje poistený)</small>		
Doba trvania pracovnej neschopnosti	od	do (vrátane)
Pracovná neschopnosť bola v dôsledku		
Úrazu	Dátum úrazu	Hodina úrazu
Miesto úrazu		
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)		
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode?	Boli ste vodičom v čase nehody?	ŠPZ
áno nie	áno nie	
Popis poranenia		
Bola táto časť tela už predtým postihnutá úrazom alebo funkčne?	Kedy?	Ako?
áno nie		
Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky?		
áno nie neviem		
Vyšetrovala úraz polícia?	Adresa polície	
áno nie		
Choroby (Dg.)		
Liečili ste sa na uvedené ochorenie v minulosti?	od	do
áno nie		
Adresa lekára, resp. zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili		Telefón

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA <small>(vyplňuje poistený)</small>	
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 poisťnej zmluve a posúdenia poisťnej 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

Je poistený politicky exponovanou osobou?

nie áno¹

Je poistený sankcionovanou osobou?

nie áno¹

Vyhlasujem, 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	Čitateľne meno a priezvisko/názov osoby ² , ktorá identifikovala klienta ³	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy (prípadne pečiatka)
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

Náklady spojené s vypísaním tlačiva pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poisťného plnenia.

POTVRDENIE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI

vypĺňte iba v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená. U osôb, ktorým sa nevystavuje doklad o pracovnej neschopnosti, napr. neplatí sociálne poistenie, sa poisťné plnenie vo forme vrátenia poisťného nepriznáva. Výnimku tvoria osoby, za ktoré sociálne poistenia odvádza štát, ako sú osoby (študent, dôchodca, invalidný dôchodca do 45%, nezamestnaný evidovaný na úrade práce a súčasne pracujúci na dohodu).

Meno a priezvisko ošetrujúceho lekára

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia

PSČ

Telefonický kontakt

E-mail

Potvrdzujem liečbu poisteného

Rodné číslo

Z dôvodu choroby alebo úrazu, ktorá trvala od

do (vrátane)

Diagnóza

Došlo v priebehu liečenia ku komplikáciám, ktoré mali za následok predĺženie liečenia nad obvyklú dobu?

nie áno Aké komplikácie?

Liečil sa poistený v minulosti na uvedené ochorenie?

nie áno

Ak áno od

do

Dôvod, pre ktorý nebol vystavený doklad o pracovnej neschopnosti

Ak išlo o úraz, predpokladáte, že zanechá trvalé následky?

nie áno Aké?

Ak išlo o úraz, došlo k nemu pod vplyvom alkoholu, omamných, či toxických látok?

nie áno Akých?

‰o alkoholu v krvi

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

V	Dňa	Pečiatka zdravotníckeho zariadenia a podpis ošetrujúceho lekára
---	-----	---

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.