

OSZNÁMENIE O PRIZNANÍ INVALIDNÉHO DÔCHODKU

oslobodenie od platenia poistného, výplata plnenia za invaliditu

Nárok na oslobodenie od platenia poistného alebo na výplatu poistného plnenia vzniká v zmysle poistných podmienok za invalidný dôchodok - percentuálny pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, ktorý je priznaný poistenej osobe Sociálnou poisťovňou.

K vyplnenému oznámeniu vždy priložite:

- fotokópiu kompletnej „Lekárskej správy“ z rokovania posudkovej komisie, kde je uvedené % priznaného invalidného dôchodku a fotokópiu rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku z ústredia Sociálnej poisťovne.

Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaoštarávaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídlieho 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 poisťovni 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 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		
Číslo poistnej zmluvy (z poistky)		
Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Adresa bydliska		PSČ
Telefonický kontakt	E-mail	

ÚDAJE O PRIZNANÍ INVALIDNÉHO DÔCHODKU ZO SOCIÁLNEJ POISŤOVNE (poklese schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť)	
Invalidný dôchodok priznaný Sociálnou poisťovňou s účinnosťou od	V dôsledku choroby úrazu
Uveďte percentuálny pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť - % priznaného invalidného dôchodku	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia	
Uveďte dátum kedy Vám bolo diagnostikované ochorenie v dôsledku, ktorého ste invalidný?	

VYPLŇTE, IBA AK BOL INVALIDNÝ DÔCHODOK (pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v dôsledku úrazu)

Dátum úrazu	Hodina úrazu	Miesto úrazu
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)		
Popis poranenia		
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? áno nie	Bolí ste vodičom v čase nehody? áno nie	ŠPZ
Vyšetřovala úraz polícia? áno nie	Adresa polície	
Bola táto časť tela už predtým funkčne postihnutá? áno nie		
Kedy? Ako?		
Je to prvý úraz tejto časti tela? áno nie	Kedy?	Aké poranenie?
Prvé ošetrenie bolo poskytnuté dňa		o hod.
V zdrav. zariadení - adresa	Telefonický kontakt	E-mail
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili	Telefonický kontakt	E-mail
Mená a adresy svedkov úrazu		

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

Priezvisko zákonného zástupcu	Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k maloletému	Telefonický kontakt	E-mail
Je zákonný zástupca poisteného politicky exponovanou osobou? nie áno ¹	Je zákonný zástupca poisteného 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. Beriem na vedomie, že KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení 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.kooperativa.sk .		
Dňa	Podpis zákonného zástupcu oprávnenej osoby	

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistník)

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	

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

SÚHLAS NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

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 mojim zdravotným stavom.

Beriem na vedomie, že môj súhlas na spracovanie osobných 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

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
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA ALEBO ORGANIZÁCIE, ktorá dojednala poistenie v prospech poisteného

Priezvisko, meno, titul	Rodné číslo
V zmysle poisťovej zmluvy došlo k úrazu pri činnosti pracovnej mimopracovnej	Pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)
Výška poisťovej sumy /ročného invalidného dôchodku za invaliditu (pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť)	V Dňa

ÚDAJE O ÚVERE, PÔŽIČKE - PRI NÁROKU NA ÚHRADU SPLÁTOK ÚVERU POISŤOVŇOU POČAS PLNEJ INVALIDITY POISTENÉHO

(vyplňuje poskytovateľ úveru, pôžičky)

Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Poskytovateľ úveru (pôžičky)	Adresa	PSČ
Telefonický kontakt	Číslo úveru (pôžičky)	na dobu od do
Výška úveru	Výška splátky	Periodicita splátok mesačná štvrťročná polročná ročná iná

ÚDAJE PRE VÝPLATU VINKULOVANÉHO PLNENIA V PROSPECH ÚVERU (PÔŽIČKY)

na účet (IBAN)	Názov banky		
Variabilný symbol	Konšt. symbol		
V	Dňa	meno, priezvisko oprávneného pracovníka	pečiatka a podpis poskytovateľa úveru (pôžičky)

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.