

OZNÁMENIE O VZNIKU NEPRETRŽITEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI V POISTENÍ DLŽNÍKA ÚVERU

K posúdeniu nároku na poistné plnenie je nevyhnutné predložiť vyplnené tlačivo poisťovne s potvrdením lekára o pracovnej neschopnosti dlhšej ako 2 mesiace, s potvrdením Vášho zamestnávateľa a s potvrdením poskytovateľa úveru o výške a periodicite splátok na druhej strane tlačiva. V prípade trvania práceneschopnosti bude potrebné mesačne predkladať potvrdenie lekára o trvaní práceneschopnosti na tlačive poisťovne, vždy k výročnému dňu vzniku nároku, vrátane potvrdenia od zamestnávateľa o nepretržitom trvaní pracovného pomeru.

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, IČO 00 585 441, 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 (vyplňuje poistený)			
Číslo poistnej zmluvy (z poistky)			
Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo	
Adresa bydliska			PSČ
Telefonický kontakt		E-mail	
ÚDAJE O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI DLHŠEJ AKO 2 MESIACE (vyplňuje poistený)			
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)			
Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uveďte všetky dg.)			
Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov alebo omamných látok ?			
áno nie			
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?		Došlo k poistnej udalosti pri športe?	Ste profesionálny športovec?
áno nie neviem		áno nie	áno nie
Vyšetrovala úraz polícia?	Adresa polície		
áno nie			
Choroby (uveďte diagnózy ochorení v dôsledku ktorých ste boli PN)			
Liečili ste sa alebo Vám bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo v dôsledku ochorenia (ochorení), pre ktoré ste boli PN?		Ak áno v čase od	do
áno nie			
Adresa lekára, resp. zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili			
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia			Telefón

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		

ÚDAJE O ÚVERE, PÔŽIČKE (vyplňuje poskytovateľ úveru, pôžičky)

Poskytovateľ úveru, pôžičky

Adresa	PSČ				
Telefonický kontakt	E-mail				
Číslo úveru	na dobu od	do			
Výška úveru	Výška splátky				
Periodicita splátok	mesačná	štvrtročná	polročná	ročná	iná
Meno a priezvisko poisteného	Rodné číslo				
Výška úveru					

ÚDAJE PRE VÝPLATU VINKULOVANÉHO PLNENIA V PROSPECH ÚVERU (PÔŽIČKY):

Poisťné plnenie žiadam poukázať:

na účet (IBAN)	Názov banky	
Variabilný symbol	Konštantný symbol	
Dátum	meno a priezvisko oprávneného pracovníka poskytovateľa úveru (pôžičky)	pečiatka a podpis

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.

POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA (vyplňuje zamestnávateľ)

Potvrďujeme, že poistený je v čase práceneschopnosti, ktorá nastala dňa

u nás nepretržite zamestnaný.

Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti

PSČ

Dátum

pečiatka a podpis zamestnávateľa

Náklady za vypísanie tlačiva lekárom pre poisťovňu hradí poistená osoba. Poisťovňa tieto náklady neprepláca.

POTVRDENIE OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA O PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI vyplňuje sa iba v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená (študent, domáca a pod.)

Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia

PSČ

Telefonický kontakt

E-mail

Potvrďujem pracovnú neschopnosť poisteného

Rodné číslo

Z dôvodu liečenia choroby alebo úrazu, ktorá trvala od

do (vrátane)

Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých ochorení, prosíme uviesť všetky dg.)

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

nie áno Aké komplikácie?

Liečil sa poistený alebo mu bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo na uvedené ochorenie (ochorenia) v posledných troch rokoch?

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 Akých?

Vznikol úraz alebo choroba (choroby), pre ktoré bol poistený práceneschopný, v dôsledku:

1. vplyvu alkoholu, omamných, či toxických látok

nie áno Aké?

%o alkoholu v krvi

2. úmyselného sebapoškodenia, pokusu o samovraždu alebo úmyselného privedenia choroby

nie áno

3. profesionálneho vykonávania športu

nie áno

4. doliečovacieho, rehabilitačného, rekondičného, klimaticko - roburačného pobytu

nie áno

Ak áno od

do

5. kúpeľnej liečby

nie áno

6. tehotenstva alebo pôrodu, umelého prerušenia tehotenstva a potratu

nie áno

7. liečenia závislostí, vrátane odvykacích kúr

nie áno

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

V

Dňa

Pečiatka zdravotníckeho zariadenia a podpis ošetrojúceho lekára