

OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z POISTENIA „VODIČ PLUS“

pre prípad straty schopnosti viesť motorové vozidlo

Nárok na poistné plnenie vzniká, v prípade stanovenia diagnózy niektorej z chorôb uvedených v príslušných poistných podmienkach alebo v prípade straty vodičského oprávnenia z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu (telesného alebo duševného).

K tlačivu poisťovne prosím priložte kópiu lekárskeho správy z vyšetrení, ktoré potvrdzujú diagnostikovanie choroby, príp. klinický, laboratórny alebo histologický nález.

Ak ste boli v dôsledku tejto choroby hospitalizovaný, priložte k tlačivu aj kópiu prepúšťacej správy z hospitalizácie, príp. hospitalizácii.

Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaobstarávaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídliaaceho 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 poisťovní 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	Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.
DIČ: 2020527300	Registrácia: Obchodný register Okresného súdu BA I.,
IČ DPH: SK7020000746	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 VÁŽNEJ CHOROBE V DÔSLEDKU KTOREJ STE STRATILI SCHOPNOŠŤ VIEŠŤ MOROVÉ VOZIDLO (vyplňuje poistený)	
Kedy sa objavili prvé príznaky ochorenia	Druh ťažkostí
Dátum diagnostikovania ochorenia alebo dátum úrazu, ktorý je predmetom poistenia	
Diagnostikovanie vykonané v zdravotníckom zariadení - adresa	Telefonický kontakt
Kedy, kde a ako ste sa bezprostredne po zistení ochorenia, či úrazu liečili? Uveďte presnú dobu (odkedy dokedy), názvy a adresy zdravotníckych zariadení, mená lekárov a spôsob liečenia (operácie, dialýzy a pod.)	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia (vrátane dokumentácie týkajúcej sa ochorenia, ktoré je predmetom poistenia, alebo úrazu, ktorý je predmetom poistenia)	Telefonický kontakt

ÚDAJE O ODOBRTÍ VODIČSKÉHO OPRAVNENIA Z DÔVODU NEPRIAZNIVÉHO ZDRAVOTNÉHO STAVU (vyplňuje poistený)	
Dátum odobratia vodičského oprávnenia	Dôvod pre ktorý bolo vodičské oprávnenie odobraté
Kedy sa objavili prvé príznaky daného nepriaznivého zdravotného stavu?	
Dátum diagnostikovania ochorenia odborným lekárom alebo dátum úrazu, ktorý je predmetom poistenia	Druh ťažkostí
Adresa a meno lekára, ktorý vydal pokyn na odobratie vodičského oprávnenia	
Adresa dopravného inšpektorátu Policajného zboru, ktorý odobral poistenému vodičské oprávnenie	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia (vrátane dokumentácie týkajúcej sa ochorenia pre ktoré bolo odobraté vodičské oprávnenie)	

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**PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETÉHO POISTENÉHO**

vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného (v prípade ak má byť on príjemcom poistného plnenia).

Priezvisko zákonného zástupcu

Meno, titul

Rodné číslo

Vzťah k maloletému

Telefonický kontakt

E-mail

Je oprávnená osoba poisteného politicky exponovanou osobou?

 nie áno¹

Je oprávnená osoba poisteného sankcionovanou osobou

 nie áno¹

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

Podpis zákonného zástupcu

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 poistnej zmluve a posúdenia poistnej 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

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	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		

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.

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

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA o chorobe, úraze resp. o zmene zdravotného stavu poistenej osoby, pre ktorý bolo odobraté vodičské oprávnenie			
Meno a priezvisko ošetrojúceho lekára			
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia			PSČ
Telefonický kontakt		E-mail	
Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného			Rodné číslo
<input type="checkbox"/> ošetroval poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia a diagnostikoval ochorenie ktoré je predmetom poistenia <input type="checkbox"/> vypracoval správu o chorobe, či úraze, ktoré sú predmetom poistenia resp. dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu na základe zdravotnej dokumentácie z liečenia ochorenia poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym zariadením			
Diagnóza vážneho ochorenia a jeho štádium			
Dátum diagnostikovania vážneho ochorenia		v zdravotníckom zariadení	
Vyšetrenie, ktorým bolo vážne ochorenie diagnostikované			
Spôsob a druh liečby (podrobný popis liečby)			
Dôvod, pre ktorý bolo odobraté vodičské oprávnenie			
Môžete vylúčiť úmyselné seba poškodenie poisteného?		Prečo?	
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno			
Bola vykonaná operácia?			
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno			
Bol poistený hospitalizovaný?	od	do	Kde?
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno			
Kedy boli zistené prvé príznaky, resp. od kedy sa menovaný lieči na ochorenie, ktoré s vyššie uvedenou vážnou chorobou súvisí			
Druh ťažkostí			
V akých zdrav. zariadeniach sa poistený po diagnostikovaní vážnej choroby liečil? Uveďte názov, adresu a meno príslušného odborného lekára, resp. lekárov			
Došlo k vzniku vážneho ochorenia následkom úrazu?			
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno			
Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom, diagnóza vlastného zranenia (slovensky - latinsky)?			
Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu?		V krvi zistené ‰ alkoholu	
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno			
Aké príznaky opitosti boli zistené?			
Došlo k úrazu pod vplyvom omamných, či toxických látok, drog?		Akých?	
<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno			

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

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