

## OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI PRÍPAD ONKOLOGICKEJ CHOROBY

Nárok na plnenie vzniká v prípade poistnej udalosti, ktorou je diagnostikovanie onkologickej choroby poistenému za podmienok uvedených v príslušných poistných podmienkach. K tlačivu poisťovne prosím priložite nevyhnutné doklady potrebné k posúdeniu nároku na poistené plnenie:

- kópia histologického vyšetrenia,
- kópia lekárskej správy od odborného lekára potvrdzujúca dátum prvotných príznakov ochorenia,
- kópia lekárskej správy z vyšetrení preukazujúcich rozvoj ochorenia,
- kópia prepúšťacích správ z hospitalizácií, príp. kópie lekárskeho správ z iných vyšetrení, ktoré boli vykonané v súvislosti s onkologickou chorobou.

Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaoštarávaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídliaceho 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](http://www.kooperativa.sk).

POISŤOVŇA	
<b>KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group</b> 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 <span style="float: right; font-weight: normal; font-size: small;">(vyplňuje poistený)</span>	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky)	
Priezvisko	Meno, titul
Rodné číslo	
Adresa bydliska	PSČ
Telefonický kontakt	E-mail

ÚDAJE O ZMENE ZDRAVOTNÉHO STAVU, CHOROBE <span style="float: right; font-weight: normal; font-size: small;">(vyplňuje poistený)</span>	
Dátum diagnostikovania onkologickej choroby	
Názov onkologickej diagnózy, štádium	
Meno a priezvisko lekára, ktorý diagnózu stanovil	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia	Telefonický kontakt

PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETÉHO POISTENÉHO <span style="float: right; font-weight: normal; font-size: small;">(vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného)</span>	
Priezvisko zákonného zástupcu	Meno, titul
Rodné číslo	
Vzťah k maloletému	Telefonický kontakt
E-mail	
Je zákonný zástupca poisteného politicky exponovanou osobou?	Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou?
nie    áno <sup>1</sup>	nie    áno <sup>1</sup>
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 <a href="http://www.kooperativa.sk">www.kooperativa.sk</a> .	
Dňa	Podpis zákonného zástupcu

<sup>1</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu).

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

**POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA** (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca maloletého)

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](http://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      áno<sup>1</sup>

Je poistený sankcionovanou osobou?

nie      áno<sup>1</sup>

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 <sup>2</sup> , ktorá identifikovala klienta <sup>3</sup>	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy (prípadne pečiatka)
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

<sup>1</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu).

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

<sup>3</sup> 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 ONKOLOGICKEJ CHOROBE			
Meno a priezvisko ošetrujúceho lekára			
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia			PSČ
Telefonický kontakt		E-mail	
Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že poisteného			Rodné číslo
ošetroval poisteného a diagnostikoval ochorenie vypracoval správu poistenému zo zdravotnej dokumentácie			
Dátum diagnostikovania onkologického ochorenia			
Diagnóza ochorenia (popis slovom a presným kódom diagnózy podľa MKCH)			
Uvedenie štádia onkologického ochorenia			
Popis liečby onkologického ochorenia			
Druh vyšetrení, ktoré boli poistenému vykonané v súvislosti s onkologickým ochorením			
Popis druhu ťažkostí, resp. zmeny zdravotného stavu, ktoré viedli k vzniku onkologického ochorenia			
Dátum prvotných príznakov, ktoré viedli k vzniku onkologického ochorenia			
Bola vykonaná operácia?		Aká a Kedy?	
Bol poistený hospitalizovaný? nie      áno		od	do
Kde?			
Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného, resp. pokus o samovraždu? nie      áno		Prečo?	
Došlo k vzniku onkologického ochorenia v súvislosti s nadmerným užívaním alkoholických nápojov, návykových omamných alebo psychotropných látok alebo liekov, ktoré neboli predpísané lekárom? nie      áno			
Akých?			
Došlo k vzniku onkologického ochorenia v dôsledku AIDS alebo infekcie HIV? nie      áno			
Došlo k vzniku onkologického ochorenia v dôsledku jadrového žiarenia, jadrovej reakcie alebo rádioaktívnej kontaminácie? nie      áno			

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

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