

OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI

z individuálneho zdravotného poistenia pre prípad operačného zákroku, produkt Skoré uzdravenie

Nárok na poistné plnenie vzniká v prípade poistnej udalosti, ktorou je operačný zákrok definovaný v poistných podmienkach z dôvodu, ktorý vznikol po prvýkrát po dátume začiatku pripoistenia. K tlačivu poistovne prosím priložite kópiu operačného nálezu z vykonaného operačného zákroku, kópiu prepúšťacej správy z nemocnice, alebo zdravotníckeho zariadenia, ktoré vykonalo operačný zákrok. Zároveň je potrebné doložiť kópiu lekárskej správy, ktorá potvrdzuje prvú diagnostiku ťažkostí súvisiacich so zdravotným problémom, pre ktorý bol operačný zákrok vykonaný. V prípade, že úraz vyšetrovala polícia predložte kópiu správy z jej vyšetrovania.

Poistovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaobstarávaním 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 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

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 (vyplňuje poistený)

Číslo poistnej zmluvy (z poistky)

Priezvisko

Meno, titul

Rodné číslo

Adresa bydliska

PSČ

Telefonický kontakt

E-mail

ÚDAJE O OPERAČNOM ZÁKROKU (vyplňuje poistený)

Dátum vykonania operačného zákroku

Dátum prvej diagnostiky zdravotného dôvodu, v dôsledku ktorého bol vykonaný operačný zákrok

Druh vykonaného operačného zákroku

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde bol operačný zákrok vykonaný

Telefonický kontakt

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia

Telefonický kontakt

Vyplňte iba v prípade, ak bol operačný zákrok vykonaný z dôvodu úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia pripoistenia

Dátum úrazu

Hodina úrazu

Miesto úrazu

Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)

Popis poranenia

Vyšetrovala úraz polícia?

áno nie

Adresa polície

Vyplňte iba v prípade, ak bol operačný zákrok vykonaný z dôvodu ochorenia

Kedy a kým boli zistené prvé príznaky ochorenia, odchýlky od zdravia, ktoré súviseli s dôvodom, pre ktorý bol vykonaný operačný zákrok?

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa pre uvedené ťažkosti v minulosti liečili

Liečba prebiehala v čase

od

do

VÝHLÁSENIE 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	

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.

Dátum

Podpis zákonného zástupcu oprávnenej osoby

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		

SÚHLAS NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

Vyhlasujem, 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 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 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 áno ¹	Je poistený sankcionovanou osobou? nie áno ¹
--	---

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		

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 OPERAČNOM ZÁKROKU POISTENEJ OSOBY			
Meno a priezvisko ošetrujúceho lekára			
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia			PSČ
Telefonický kontakt		E-mail	
Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že poisteného			Rodné číslo
ošetroval poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia a vykonal operačný zákrok vypracoval správu o operačnom zákroku na základe zdravotnej dokumentácie o operačnom zákroku, ktorý bol vykonaný v dôsledku choroby, odchýlky od zdravia, resp. úrazu poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym zariadením			
Dátum vykonania operačného zákroku		v zdravotníckom zariadení	
Presný názov dg. (druh zákroku), v dôsledku ktorej bol vykonaný operačný zákrok (slovensky - latinsky)			
Kedy bol prvýkrát diagnostikovaný zdravotný problém (v dôsledku ktorého bol vykonaný operačný zákrok, uveďte presný dátum)			
Liečil sa poistený pre ťažkosti, ktoré súvisia s diagnostikovaným zdravotným problémom, v dôsledku ktorého bol vykonaný operačný zákrok aj v minulosti?		od	do
nie		áno	
Druh ťažkostí (diagnoza)			
Vyplňte len v prípade ak bol vykonaný operačný zákrok v dôsledku úrazu			
Prvé lekárske ošetrenie v dôsledku úrazu dňa		o hod.	
V zdrav. zariadení			
Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu a príčiny			
Diagnóza vlastného úrazového zranenia (slovensky - latinsky)			
Spôsob a druh liečby (podrobný popis liečby)			
RTG, CT, USG, MR - nález s popisom			
Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu?		V krvi zistené ‰ alkoholu	
nie		áno	
Aké príznaky opitosti boli zistené?			
Došlo k úrazu pod vplyvom omamných, či toxických látok, drog?		Akých?	
nie		áno	
Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne postihnutá?		Ako a v akom rozsahu?	
nie		áno	
Môžete vylúčiť úmyselné sebaškodzenie poisteného?		Bol operačný zákrok vykonaný z estetických dôvodov?	
nie		áno	
Bol poistený za účelom operačného zákroku hospitalizovaný?		od	do
nie		áno	Kde?
Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky?		Pravdepodobne akého druhu a rozsahu?	
nie		áno	

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

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