

OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIA CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU

Nárok na poistné plnenie vzniká v prípade poistnej udalosti, ktorou je chirurgický zákrok z dôvodu choroby alebo úrazu, ktoré vznikli po prvýkrát po dátume začiatku pripoistenia. K tlačívu poisťovne prosím priložiť povinné údaje: kópiu operačného nálezu z vykonaného chirurgického zákroku, resp. kópie lekárskej správy z chirurgického zákroku, alebo kópiu prepúšťacej správy z hospitalizácie, príp. hospitalizácií. Zároveň je potrebné doložiť kópiu lekárskej správy, ktorá potvrdzuje prvú diagnostiku ťažkostí súvisiacich so zdravotným problémom, pre ktorý bol zákrok vykonaný.

Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené s predložením a 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 poisťovni úradne overený preklad alebo lekárske správy potrebné na stanovenie rozsahu poistného plnenia potvrdené odborným lekárom na území Slovenskej republiky.

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 POISTENEJ OSOBE <small>(vyplňuje poistený)</small>		
Číslo poistnej zmluvy (z poistky)		
Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Adresa bydliska		PSČ
Telefonický kontakt	E-mail	

ÚDAJE O CHIRURGICKOM ZÁKROKU <small>(vyplňuje poistený)</small>		
Dátum vykonania chirurgického zákroku		
Dg. ochorenia alebo úrazu v dôsledku, ktorých bol vykonaný chirurgický zákrok		
Druh vykonaného chirurgického zákroku		
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde bol chirurgický zákrok vykonaný	Telefonický kontakt	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia	Telefonický kontakt	
Vyplňte iba v prípade, že bol chirurgický zákrok vykonaný z dôvodu úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia pripoistenia		
Dátum úrazu	Hodina úrazu	Miesto úrazu
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)		
Vyšetrovala úraz polícia? nie áno - ak áno je potrebné doložiť správu z polície		
Vyplňte iba v prípade, že bol chirurgický zákrok vykonaný z dôvodu choroby, ktorá vznikla v dobe platenia pripoistenia		
Kedy a kým boli zistené (diagnostikované) prvé príznaky ochorenia, ktoré súviseli s ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok		
Druh ťažkostí		
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa pre uvedené ťažkosti v minulosti liečili		
Liečba prebiehala v čase	od	do

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. 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 oprávnenej osoby	

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistník)

Poistné plnenie žiadam poukázať:	
na adresu	PŠČ
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.

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 ¹	Je poistený sankcionovanou osobou? nie áno ¹
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		

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 CHIRURGICKOM 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 chirurgický zákrok vypracoval správu o chirurgickom zákroku na základe zdravotnej dokumentácie o chirurgickom zákroku, ktorý bol vykonaný v dôsledku choroby, resp. úrazu poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym zariadením			
Dátum vykonania chirurgického zákroku			
v zdravotníckom zariadení			
Druh chirurgického zákroku			
Chirurgický zákrok v dôsledku choroby			
Dg. ochorenia v dôsledku, ktorej bol vykonaný chirurgický zákrok (slovensky - latinsky)			
Dátum diagnostikovania ochorenia v dôsledku, ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok			
Liečil sa poistený pre ťažkosti, ktoré súvisia s diagnostikovaným ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirur. zákrok aj v minulosti?		od	do
nie áno			
v zdravotníckom zariadení			
Druh ťažkostí			
Chirurgický 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 zranenia (slovensky - latinsky)			
Spôsob a druh liečby (podrobný popis liečby)			
RTG - nález s opisom (uveďte vždy pri úplných, neúplných zlomeninách a vytknutiach)			
Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu?		V krvi zistené ‰ alkoholu	
nie áno			
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?		Prečo?	
nie áno			
Bol chirurgický zákrok vykonaný z estetických dôvodov?			
nie áno			
Bol poistený za účelom chirurgického zákroku hospitalizovaný?		od	do
nie áno			Kde?

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

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