

## OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIA VÁŽNYCH CHORÔB

Nárok na poistné plnenie vzniká z pripoistenia vážnych chorôb v prípade ochorenia aspoň na jednu z vážnych chorôb uvedených v príslušných poistných podmienkach. K vyplnenému tlačivu poisťovne prosím vždy priložiť:

- kópie lekárskej správy z vyšetrení, ktoré potvrdzujú diagnostikovanie vážnej choroby, príp. klinický, laboratórny alebo histologický nález. Ak ste boli v dôsledku vážnej choroby hospitalizovaný, priložte kópiu prepúšťacej správy z hospitalizácie, príp. hospitalizácií.

Poisťovňa 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 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) cez online služby.

<b>POISŤOVŇA</b>	
<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	

<b>ÚDAJE O POISTENEJ OSOBE</b> (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca poisteného)	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky)	
Priezvisko	Meno, titul
Rodné číslo	
Adresa bydliska	PSČ
Telefonický kontakt	E-mail
Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti	

<b>ÚDAJE O VÁŽNEJ CHOROBE</b> (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca poisteného)	
Diagnóza a štádium vážneho ochorenia	
V prípade operácie alebo transplantácie uviesť telesný orgán, ktorý bol transplantovaný alebo operovaný	
Kedy sa objavili prvé príznaky vážneho ochorenia?	
Dátum diagnostikovania vážnej choroby odborným lekárom alebo dátum vykonania transplantácie telesného orgánu či operácie popísanej ako vážna choroba v poistných podmienkach	
Diagnostika, operácia resp. transplantácia vykonaná v zdravotníckom zariadení - adresa	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia (vrátane dokumentácie týkajúcej sa vážneho ochorenia)	
<b>Vyplňte iba pri vážnej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov, alebo operácii, ktoré vznikli v dôsledku úrazu</b>	
Dátum úrazu	Hodina úrazu
Miesto úrazu	
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)	
Popis poranenia	
Vyšetrovala úraz polícia?	
nie                      áno - ak áno je potrebné doložiť správu z polície	

**PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU 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 <sup>1</sup>		Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou? nie      áno <sup>1</sup>	
<p>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. Beriem na vedomie, že KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení 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) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke <a href="http://www.kooperativa.sk">www.kooperativa.sk</a>.</p>			
<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin: 0 auto;"></div> Podpis zákonného zástupcu			

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

Poistné plnenie žiadam poukázať:			
na adresu			PŠČ
na účet (IBAN)			Názov banky
áno Vyhlasujeme, že som majiteľom uvedeného účtu	nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám uveďte vlastníka účtu a vzťah		

**SÚHLAS NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV**

Prehlasujem, 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](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 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 <sup>1</sup>		Je poistený sankcionovanou osobou? nie      áno <sup>1</sup>	
--	--	---	--

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. osoba oprávnená na výplatu poistného plnenia.

## SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA O VÁŽNEJ CHOROBE, RESP. TRANSPLANTÁCII TELESNÝCH ORGÁNOV POISTENEJ OSOBY ALEBO OPERÁCII

Meno a priezvisko ošetrujúceho lekára			
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia			PSČ 
Telefonický kontakt		E-mail	
Ošetrujúci lekár potvrdzuje, že poisteného (meno a priezvisko)			Rodné číslo           
ošetroval poisteného a diagnostikoval ochorenie, resp. vykonal transplantáciu telesného orgánu			
vypracoval správu o vážnej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov na základe zdravotnej dokumentácie z liečenia ochorenia poisteného vystavenej zdravotníckym zariadením (názov zdravotníckeho zariadenia)			
Diagnóza vážneho ochorenia a jeho štádium			
Dátum diagnostikovania vážneho ochorenia		V zdravotníckom zariadení	
Vyšetrenie, ktorým bolo vážne ochorenie diagnostikované (CT, MRI, EMG, RTG, operačný protokol, iná diagnostika)			
Spôsob a druh liečby (podrobný popis liečby)			
Bola vykonaná transplantácia telesného orgánu? nie    áno		Akého telesného orgánu?	
Transplantácia vykonaná v zdravotníckom zariadení			
Bola vykonaná operácia? nie    áno		Aká?	
Bol poistený hospitalizovaný? nie    áno		od	do    Kde?
Môžete vylúčiť úmyselné seba poškodenie poisteného? nie    áno		Prečo?	
Kedy boli zistené prvé príznaky, resp. od kedy sa menovaný lieči na ochorenie, ktoré s vyššie uvedenou vážnou chorobou súvisí (uveďte dátum)			
Druh ťažkosti			
V akých zdrav. zariadeniach sa poistený po diagnostikovaní vážnej choroby, resp. po transplantácii telesného orgánu liečil? Uveďte názov, adresu a meno príslušného odborného lekára, resp. lekárov			
<b>Vyplňte iba ak došlo k vzniku vážneho ochorenia, resp. transplantácii telesného orgánu, či operácii následkom úrazu.</b> Uveďte podrobný popis telesného poškodenia <b>spôsobeného úrazom</b> , diagnóza vlastného zranenia (slovensky - latinsky)?			
Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu? nie    áno		Aké príznaky opitosti boli zistené?	‰o alkoholu v krvi
Došlo k úrazu pod vplyvom omamných, či toxických látok, drog? nie    áno		Akých?	
V	Dňa	Pečiatka zdravotníckeho zariadenia a podpis ošetrujúceho lekára	