

OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIA ZDRAVOTNÍCKYCH POMÔCOK

Poisťovňa pristúpi k posúdeniu vzniku nároku na poistné plnenie po predložení základných nevyhnutných podkladov k uplatneniu nároku, ktorými sú: vyplnené tlačivo poisťovne, kópia lekárskeho predpisu vystaveného odborným lekárom (recept), kópia lekárskej správy od odborného lekára potvrdzujúca dátum zmeny zdravotného stavu a kópia pokladničného dokladu preukazujúca vyzdvihnutie si predpisanej zdravotníckej pomôcky v špecializovanej zdravotníckej predajni.

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 cez online služby.

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
Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti	

ÚDAJE O ZMENE ZDRAVOTNÉHO STAVU, CHOROBE (vyplňuje poistený)	
Dátum predpisania zdravotníckej pomôcky	
Kedy sa objavili prvé príznaky ochorenia?	
Druh ťažkostí	
Dátum zmeny zdravotného stavu, ktorý si vyžiadal predpísanie novej zdravotníckej pomôcky (dátum nemusí byť zhodný s dátumom predpisu zdrav. pomôcky)	
Stručný popis zmeny zdravotného stavu, ktorá viedla k predpisu novej zdravotníckej pomôcky	
Diagnostikovanie vykonané (adresa zariadenia/meno lekára)	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia	
Telefonický kontakt	E-mail

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

Poistné plnenie žiadam poukázať:

na adresu		PSČ
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

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 áno¹

Je poistený sankcionovanou osobou?

nie áno¹

Prehlasujem, že uvedené údaje sú pravdivé, úplné a 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, RESP. O ZMENE ZDRAVOTNÉHO STAVU POISTENEJ OSOBY, PRE KTORÝ BOL VYSTAVENÝ PREDPIS NA ZDRAVOTNÍCKU POMÔCKU

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	
vypracoval správu poistenému zo zdravotnej dokumentácie	
Diagnóza ochorenia a jeho štádium v čase predpisu zdravotníckej pomôcky (uveďte číslo diagnózy a popis)	
Druh predpisanej zdravotníckej pomôcky	Dátum predpisu zdravotníckej pomôcky
Dátum zmeny zdravotného stavu, na základe ktorého bolo potrebné vystaviť predpis zdravotníckej pomôcky	
Stručný popis zmeny zdravotného stavu, ktorá viedla k predpisu novej zdravotníckej pomôcky	
Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného, resp. pokus o samovraždu? nie áno	Prečo?
Došlo k vzniku ochorenia následkom úrazu? nie áno	Dátum vzniku úrazu
Došlo k poškodeniu zdravia pod vplyvom, v dôsledku požitia či pre pravidelné požívanie alkoholických nápojov, návykových látok, omamných, psychotropných látok alebo vysokých dávok liekov bez súhlasu lekára?	
nie	áno (uveďte akých)
Aký bol dôvod výmeny zdravotníckej pomôcky? zmena zdravotného stavu oprava alebo úprava z dôvodu poškodenia, zničenia alebo straty zdravotníckej pomôcky výmena časti pomôcky bez zdravotnej indikácie a bez zmeny zdravotného stavu	
Dátum diagnostikovania ochorenia, pre ktoré je vystavená zdravotnícka pomôcka (kedy bolo prvý krát zistené ochorenie, poškodenie zdravia)	
Stav poškodenia zdravia pred predpisom zdravotníckej pomôcky (aký bol posledný zaznamenaný stav poškodenia zdravia pred aktuálnou zmenou, ktorá viedla k predpisu zdravotníckej pomôcky, napr. pred zmenou boli dioptrie -2, teraz pri predpise -2,5; stupeň straty sluchu pred zmenou: ľahká strata sluchu 30dB, teraz pri predpise stredná strata sluchu 50 dB a pod.)	

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

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