



DÔCHODKOVÉ POISTENIE - OZNÁMENIE O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI s nárokom na vrátenie poistného pri oslobodení od platenia poistného

Nárok na vrátenie poistného pri oslobodení od platenia poistného v dôchodkovom poistení je pri pracovnej neschopnosti poisteného, ktorá vznikla až po uplynutí ochrannnej lehoty uvedenej v poistnej zmluve, a ktorá trvala aj po uplynutí zmluvne dojednanej čakacej lehoty na plnenie. K vyplnenému oznámeniu priložte čitateľnú fotokópiu pracovnej neschopnosti, resp. v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená, potvrdenie lekára o práceneschopnosti na druhej strane tohto tlačiva.

Poistovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradíť 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: KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, IČO 00 585 441 zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 79/B (ďalej len „Spoločnosť“ alebo „KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group“), alebo online na www.koop.sk cez online služby.

Údaje o poistenom – vyplňuje poistený

Číslo poistnej zmluvy (z poistky)
Priezvisko a meno poisteného
Rodné číslo
Adresa PSC
☎ e-mail

Údaje o pracovnej neschopnosti - vyplňuje poistený

Doba trvania pracovnej neschopnosti od do vrátane, v dôsledku:
 úrazu
Dátum úrazu hodina úrazu miesto úrazu
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? nie áno
Boli ste vodičom v čase nehody? nie áno ŠPZ
Popis poranenia
Bola táto časť tela už predtým postihnutá úrazom alebo funkčne? nie áno
Kedy? Ako?
Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? nie áno neviem
Vyšetrovala úraz polícia? nie áno Adresa polície
 choroby
Diagnóza (Dg.)
Liečili ste sa na uvedené ochorenie v minulosti? nie áno od do
Kde?
Adresa lekára, resp. zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili
☎
Liečili ste sa na uvedené ochorenie v minulosti? nie áno od do
Kde?
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia
☎

Pokyny k výplate poistného plnenia - vyplňuje poistník

Poistné plnenie žiadam poukázať:

- na číslo účtu v tvare IBAN
názov účtu príjemcu
- na adresu

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

Beriem na vedomie, že KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poistnou zmluvou 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 www.koop.sk.

Súhlasím, aby spoločnosť KOOOPERATIVA 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 mojím 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 áno¹

Je poistený sankcionovanou osobou? nie áno²

V..... dňa
úradne overený podpis poisteného, číslo dokladu totožnosti
resp. zákonného zástupcu poisteného*

***Identifikáciu** a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOOPERATIVA 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 a podpis osoby,
ktorá identifikovala klienta

.....
čitateľné meno a priezvisko/názov osoby³,
ktorá identifikovala klienta⁴

.....
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,
ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

Náklady spojené s vypísaním tlačiva pre poisťovňu znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

¹ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

² V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

³ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

⁴ 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.

Potvrdenie ošetrojúceho lekára o pracovnej neschopnosti poisteného – vyplňuje sa iba v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená. U osôb, ktorým sa nevystavuje doklad o pracovnej neschopnosti, sa poistné plnenie vo forme vrátenia poistného nepriznáva. Výnimku tvoria iba osoby presne uvedené v príslušných poistných podmienkach.

Ošetrojúci lekár MUDr. Názov a adresa zdrav. zariadenia
..... PSČ
☎e-mail

Potvrdzujem liečbu poisteného rod. č.
z dôvodu choroby alebo úrazu, ktorá trvala od dovrátane
Diagnóza

Došlo v priebehu liečenia ku komplikáciám, ktoré mali za následok predĺženie liečenia nad obvyklú dobu?

- áno Aké komplikácie?.....
 nie

Liečil sa poistený v minulosti na uvedené ochorenie?

- áno od do
 nie

Dôvod, pre ktorý nebol vystavený doklad o pracovnej neschopnosti.
.....

Ak išlo o úraz, predpokladáte, že zanechá trvalé následky?

- áno Aké?
 nie

Ak išlo o úraz, došlo k nemu pod vplyvom alkoholu, omamných, či toxických látok?

- áno Akých?..... %alkoholu v krvi
 nie

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

V dňa

.....
pečiatka zdravotníckeho zariadenia
a podpis ošetrojúceho lekára