



OZNÁMENIE O PRIZNANÍ INVALIDNÉHO DÔCHODKU (oslobodenie od platenia poistného, výplata plnenia za invaliditu)

Nárok na oslobodenie od platenia poistného alebo na výplatu poistného plnenia vzniká v zmysle poistných podmienok za invalidný dôchodok - percentuálny pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, ktorý je priznaný poistenej osobe Sociálnou poisťovňou.

K vyplnenému oznámeniu vždy priložte:

- **fotokópiu kompletnej „Lekárskej správy“ z rokovania posudkovej komisie, kde je uvedené % priznaného invalidného dôchodku a fotokópiu rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku z ústredia Sociálnej poisťovne.**

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: KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, alebo online na www.koop.sk cez online služby.

Údaje o poistenej osobe

Číslo poistnej zmluvy (z poistky)
Priezvisko a meno poisteného rodné číslo
Adresa
PSČ e-mail / telefón

Údaje o priznaní invalidného dôchodku zo Sociálnej poisťovne (poklese schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť)

Invalidný dôchodok priznaný Sociálnou poisťovňou s účinnosťou od v dôsledku choroby úrazu.
Uveďte percentuálny pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť - % priznaného invalidného dôchodku :%
Adresa lekár, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia
Uveďte dátum kedy Vám bolo diagnostikované ochorenie v dôsledku, ktorého ste invalidný/á?

Vyplňte, iba ak bol invalidný dôchodok (poklese schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť v dôsledku úrazu)

Dátum úrazu hodina úrazu miesto úrazu
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)
Popis poranenia.....
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? nie áno Boli ste vodičom v čase nehody? nie áno ŠPZ
Bola táto časť tela už predtým funkčne postihnutá? nie áno
Kedy? Ako?
Je to prvý úraz tejto časti tela? áno nie Aké poranenie?.....
..... Kedy?
Prvé ošetrenie bolo poskytnuté dňa o hod. v zdrav. zariadení – adresa
..... email/tel.kontakt.....
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili.....
..... email/tel.kontakt.....
Mená a adresy svedkov úrazu.....
Vyšetrowala úraz polícia ? nie áno Adresa polície

Pokyny k výplate poistného plnenia

Poistné plnenie žiadam poukázať:

- na číslo účtu IBAN
názov účtu
- na adresu

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného - vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného

Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo.....

Vzťah k maloletému e-mail

Je zákonný zástupca poisteného politicky exponovanou osobou? **nie** **áno** ¹

Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou? **nie** **áno** ¹

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého (meno a priezvisko):
..... a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

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.

.....
podpis zákonného zástupcu

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** **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 KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, 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 osoby²,
ktorá identifikovala klienta³

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

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.

Potvrdenie zamestnávateľa alebo organizácie, ktorá dojednala poistenie v prospech poisteného

V zmysle poisťnej zmluvy došlo k úrazu poisteného (meno a priezvisko)
..... rod. č.

pri poisťnej činnosti pracovnej mimopracovnej

Výška poisťnej sumy /ročného invalidného dôchodku za invaliditu (pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť)

V dňa


.....
pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)

Údaje o úvere, pôžičke - pri nároku na úhradu splátok úveru poisťovňou počas plnej invalidity poisteného - vyplňuje poskytovateľ úveru, pôžičky

Meno a priezvisko poisteného rod. č.

Poskytovateľ úveru (pôžičky)

Adresa

PSČ  Číslo úveru (pôžičky).....

na dobu od..... do výška úveru výška splátky.....

Periodicita splátok. - mesačná, - štvrťročná, - polročná, - ročná, - iná:.....

Údaje pre výplatu vinkulovaného plnenia v prospech úveru (pôžičky):

Číslo účtu IBAN

variabilný symbol konšt. symbol

V dňa

.....
meno, priezvisko oprávneného pracovníka

.....
pečiatka a podpis poskytovateľa úveru (pôžičky)