



OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI PRÍPAD ONKOLOGICKEJ CHOROBY

Nárok na plnenie vzniká v prípade poistnej udalosti, ktorou je diagnostikovanie onkologickej choroby poistenému za podmienok uvedených v príslušných poistných podmienkach.

K tlačivu poisťovne prosím priložte aj ďalšie nevyhnutné doklady potrebné k posúdeniu nároku na poistené plnenie:

- kópia histologického vyšetrenia,
- kópia lekárskej správy od odborného lekára potvrdzujúca dátum prvotných príznakov ochorenia,
- kópia lekárskej správy z vyšetrení preukazujúce rozvoj ochorenia,
- kópia prepúšťacích správ z hospitalizácií, príp. kópie lekárskeho správ z iných vyšetrení, ktoré boli vykonané v súvislosti s onkologickou chorobou.

Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaoštarávaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídlaceho 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 poistenej osobe – vyplňuje poistený

Číslo poistnej zmluvy (z poisťky)

Priezvisko a meno poisteného.....rodné číslo.....

Adresa.....PŠČ

☎ e- mail:

Údaje o zmene zdravotného stavu, chorobe - vyplňuje poistený

Dátum diagnostikovania onkologickej choroby

Názov onkologickej diagnózy, štádium

Kedy sa objavili prvé príznaky ochorenia?.....

Popis prvotných príznakov ?.....

Druh ťažkostí v momentálnom štádiu ochorenia, resp. v čase uplatnenia nároku:

.....

Akú liečbu ste v dôsledku onkologickej choroby podstúpili?

Diagnostika vykonaná v (adresa):

Meno a priezvisko lekára, ktorý diagnózu stanovil

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia:

..... ☎

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 áno¹

Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou? nie áno²

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého

a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

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)

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 poisťnou 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

Pokyny k výplате poisťného plnenia - vyplňuje poistený

Poisťné plnenie žiadam poukázať:

- na číslo účtu v tvare IBAN.....
názov účtu
- 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 poisťnou 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 poisťnej zmluve a posúdenia poisťnej 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 áno³
Je poistený sankcionovanou osobou? nie áno⁴

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

***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 osoby⁵,
ktorá identifikovala klienta⁶

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

³ V prípade označenia možnosti Ano, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

⁴ V prípade označenia možnosti Ano, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

⁵ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

⁶ 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.

Správa ošetrojúceho lekára o onkologickej chorobe

Ošetrojúci lekár MUDr.

Názov a adresa zdrav. Zariadenia

☎ e-mail

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného rod. č.

ošetroval poisteného a diagnostikoval ochorenie

vypracoval správu poistenému zo zdravotnej dokumentácie

Dátum diagnostikovania onkologického ochorenia

Diagnóza ochorenia (popis slovom a presným kódom diagnózy podľa MKCH)

Uvedenie štádia onkologického ochorenia v čase uplatnenia nároku poisteným

Prehľad a popis liečby

Druh vyšetrení, ktoré boli poistenému vykonané v súvislosti s onkologickým ochorením

Presný popis druhu ťažkostí, resp. zmeny zdravotného stavu, ktoré viedli k vzniku onkologického ochorenia

Dátum prvotných príznakov, ktoré viedli k vzniku onkologického ochorenia

Bola vykonaná operácia? nie áno Aká a Kedy?

Bol poistený hospitalizovaný? nie áno Od do

Kde?

Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného, resp. pokus o samovraždu?

áno nie Prečo?

Došlo k vzniku onkologického ochorenia v súvislosti s nadmerným užívaním alkoholických nápojov, návykových omamných alebo psychotropných látok alebo liekov, ktoré neboli predpísané lekárom?

nie áno Akých?

Došlo k vzniku onkologického ochorenia v dôsledku AIDS alebo infekcie HIV? nie áno

Došlo k vzniku onkologického ochorenia v dôsledku jadrového žiarenia, jadrovej reakcie alebo rádioaktívnej kontaminácie?

nie áno

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

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára