



OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIA CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU

Nárok na plnenie vzniká v prípade poistnej udalosti, ktorou je chirurgický zákrok z dôvodu choroby alebo úrazu, ktoré vznikli po prvýkrát po dátume začiatku pripoistenia.

K tlačivu poisťovne prosím priložte kópiu operačného nálezu z vykonaného chirurgického zákroku, resp. kópie lekárskej správy z chirurgického zákroku. Ak ste boli v dôsledku chirurgického zákroku hospitalizovaný, priložte k tlačivu aj kópiu prepúšťacej správy z hospitalizácie, príp. hospitalizácií. Zároveň je potrebné doložiť kópiu lekárskej správy, ktorá potvrdzuje prvú diagnostiku ťažkostí súvisiacich so zdravotným problémom, pre ktorý bol zákrok vykonaný. V prípade, že úraz vyšetrovala polícia predložte kópiu správy z jej vyšetrovania.

Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaobstarávaním 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: KOOPERATIVA 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 „KOOPERATIVA 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.....PSČ ☎.....e-mail.....
Údaje o chirurgickom zákroku - vyplňuje poistený
Dátum vykonania chirurgického zákroku Dg. ochorenia alebo úrazu v dôsledku, ktorých bol vykonaný chirurgický zákrok..... Druh vykonaného chirurgického zákroku Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde bol chirurgický zákrok vykonaný.....☎..... Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia☎.....
Vyplňte iba v prípade, že bol chirurgický zákrok vykonaný z dôvodu úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia pripoistenia
Dátum úrazu hodina úrazu miesto úrazu Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu) Vyšetrovala úraz polícia? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Adresa polície?
Vyplňte iba v prípade, že bol chirurgický zákrok vykonaný z dôvodu choroby, ktorá vznikla v dobe platenia pripoistenia
Kedy a kým boli zistené prvé príznaky ochorenia, ktoré súviseli s ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok Druh ťažkostí: Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa pre uvedené ťažkosti v minulosti liečili Liečba prebiehala v čase od do

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného - vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného

Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo

Vzťah k maloletému Je zákonný zástupca poisteného politicky exponovanou osobou? **nie** **áno**¹Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou? **nie** **áno**²

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého

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

Beriem na vedomie, že KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s mojou poisťovňou 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 výplati poistného plnenia - vyplňuje poistený**

Poistné 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 KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poisťovňou 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 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 poisťovnej zmluve a posúdenia poisťovnej 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**³Je poistený sankcionovanou osobou? **nie** **áno**⁴

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 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 firmy¹ 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 označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)⁴ V prípade označenia možnosti Áno, 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.

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

Správa ošetrojúceho lekára o chirurgickom zákroku poistenej osoby

Ošetrojúci lekár MUDr.
Názov a adresa zdrav. zariadenia
PSC e-mail
Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného rod.č.....
 ošetroval poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia a vykonal chirurgický zákrok
 vypracoval správu o chirurgickom zákroku na základe zdravotnej dokumentácie o chirurgickom zákroku, ktorý bol vykonaný v dôsledku choroby, resp. úrazu poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym zariadením

Dátum vykonania chirurgického zákroku
v zdravotníckom zariadení
Druh chirurgického zákroku.....

Chirurgický zákrok v dôsledku choroby

Dg. ochorenia v dôsledku, ktorej bol vykonaný chirurgický zákrok (slovensky – latinsky).....

Dátum diagnostikovania ochorenia v dôsledku, ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok

Liečil sa poistený pre ťažkosti, ktoré súvisia s diagnostikovaným ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirur. zákrok aj v minulosti? nie áno od do
v zdravotníckom zariadení

Druh ťažkostí:.....

Chirurgický zákrok v dôsledku úrazu

Prvé lekárske ošetrenie v dôsledku úrazu dňa o hod.

v zdrav.zariadení

Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu a príčiny.....

Diagnóza vlastného zranenia (slovensky – latinsky).....

Spôsob a druh liečby (podrobný popis liečby).....

RTG – nález s opisom (uvedte vždy pri úplných, neúplných zlomeninách a vytknutiach).....

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu? nie áno V krvi zistené ‰ alkoholu

Došlo k úrazu pod vplyvom omamných, či toxických látok, drog? nie áno Akých?

Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne postihnutá? nie áno

Ako a v akom rozsahu?

Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného? áno nie Prečo?.....

Bol chirurgický zákrok vykonaný z estetických dôvodov? áno nie

Bol poistený za účelom chirurgického zákroku hospitalizovaný? Od do

Kde?

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

Vdňa

pečiatka zdravotníckeho zariadenia
a podpis ošetrojúceho lekára