



## OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIA VÁŽNYCH CHORÔB

Nárok na poistné plnenie vzniká z pripoistenia vážnych chorôb v prípade ochorenia aspoň na jednu z vážnych chorôb uvedených v príslušných poistných podmienkach.

K vyplnenému tlačivu poisťovne prosím vždy priložiť:

- kópie lekárskeho správ z vyšetrení, ktoré potvrdzujú diagnostikovanie vážnej choroby, príp. klinický, laboratórny alebo histologický nález. Ak ste boli v dôsledku vážnej choroby hospitalizovaný, priložte kópiu prepúšťacej správy z hospitalizácie, príp. hospitalizácií.

Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaoštarávaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídliačeho 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 lekárskeho správ 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, alebo online na [www.koop.sk](http://www.koop.sk) cez online služby.

### Údaje o poistenej osobe – vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca poisteného

Číslo poistnej zmluvy (z poisťky) .....  
Priezvisko a meno poisteného .....rodné číslo .....  
Adresa.....  
PSČ ..... číslo telefonu..... e-mail .....

### Údaje o vážnej chorobe - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca poisteného

Diagnóza a štádium vážneho ochorenia .....  
V prípade operácie alebo transplantácie uviesť telesný orgán, ktorý bol transplantovaný alebo operovaný .....  
.....  
.....  
Kedy sa objavili prvé príznaky vážneho ochorenia?.....  
Dátum diagnostikovania vážnej choroby odborným lekárom alebo dátum vykonania transplantácie telesného orgánu či operácie popísanej ako vážna choroba v poistných podmienkach : .....  
Diagnostika, operácia resp. transplantácia vykonaná v zdravotníckom zariadení – adresa. ....  
.....  
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia (vrátane dokumentácie týkajúcej sa vážneho ochorenia) .....  
.....

### Vyplňte iba pri vážnej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov, alebo operácii, ktoré vznikli v dôsledku úrazu

Dátum úrazu ..... hodina úrazu ..... miesto úrazu .....  
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu) .....  
.....  
.....  
Popis poranenia .....  
Vyšetřovala úraz polícia?  
 nie  
 áno - ak áno je potrebné doložiť správu z polície

**Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného**

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

Vzťah k maloletému ..... číslo telefónu..... e-mail .....

Je zákonný zástupca poisteného politicky exponovanou osobou?  **nie**  **áno**<sup>1</sup>Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou?  **nie**  **áno**<sup>1</sup>

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 KOOPERATIVA 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](http://www.koop.sk).

.....  
podpis zákonného zástupcu**Pokyny k výpláte poistného plnenia - vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca poisteného**

Poistné plnenie žiadam poukázať:

- na číslo účtu 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 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](http://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 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**<sup>1</sup>Je poistený sankcionovanou osobou?  **NIE**  **ÁNO**<sup>1</sup>

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 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 osoby<sup>2</sup>,  
ktorá identifikovala klienta<sup>3</sup>.....  
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,  
ktorá identifikovala klienta /obchodný názov firmy

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

<sup>2</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať

<sup>3</sup> 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. osoba oprávnená na výplatu poistného plnenia.

Správa ošetrojúceho lekára o vážnej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov poistenej osoby alebo operácii
Ošetrojúci lekár MUDr. ....
Názov a adresa zdrav. zariadenia .....
PSC ..... e-mail/ telefón .....
Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného /meno a priezvisko/ ..... rod. č. ....
<input type="checkbox"/> ošetroval poisteného a diagnostikoval ochorenie, resp. vykonal transplantáciu telesného orgánu
<input type="checkbox"/> vypracoval správu o vážnej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov na základe zdravotnej dokumentácie z liečenia ochorenia poisteného vystavenej zdravotníckym zariadením : .....
<b>Diagnóza vážneho ochorenia a jeho štádium</b> .....
<b>Dátum diagnostikovania vážneho ochorenia</b> ..... v zdravotníckom zariadení .....
Vyšetrenie, ktorým bolo vážne ochorenie diagnostikované .....
Spôsob a druh liečby (podrobný popis liečby).....
Bola vykonaná transplantácia telesného orgánu? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Akého telesného orgánu ?.....
transplantácia vykonaná v zdravotníckom zariadení .....
Bola vykonaná operácia? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Aká? .....
Bol poistený hospitalizovaný? Od ..... do ..... Kde? .....
Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Prečo? .....
Kedy boli zistené prvé príznaky, resp. od kedy sa menovaný lieči na ochorenie, ktoré s vyššie uvedenou vážnou chorobou súvisí : ..... Druh ťažkostí: .....
V akých zdrav. zariadeniach sa poistený po diagnostikovaní vážnej choroby, resp. po transplantácii telesného orgánu liečil? Uvedte názov, adresu a meno príslušného odborného lekára, resp. lekárov .....
Došlo k vzniku vážneho ochorenia, resp. transplantácii telesného orgánu, či operácii následkom úrazu? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno
Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom, diagnóza vlastného zranenia (slovensky - latinsky)?.....
Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno. Aké príznaky opitosti boli zistené/ % alkoholu v krvi .....
Došlo k úrazu pod vplyvom omamných, či toxických látok, drog? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Akých?.....

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka zdravotníckeho zariadenia  
podpis ošetrojúceho lekára