



OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIA ZDRAVOTNÍCKYCH POMÔCOK

Poistovňa pristúpi k posúdeniu vzniku nároku na poistné plnenie po predložení základných nevyhnutných podkladov k uplatneniu nároku, ktorými sú: vyplnené tlačivo poistovne, kópia lekárskeho predpisu vystaveného odborným lekárom (recept), kópia lekárskej správy od odborného lekára potvrdzujúca dátum zmeny zdravotného stavu a kópia pokladničného dokladu preukazujúca vyzdvihnutie si predpísanej zdravotníckej pomôcky v špecializovanej zdravotníckej predajni. 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 poistky) Priezvisko a meno poisteného.....rodné číslo..... Adresa.....PSČ ☎ e- mail:
Údaje o zmene zdravotného stavu, chorobe - vyplňuje poistený
Dátum predpisania zdravotníckej pomôcky Kedy sa objavili prvé príznaky ochorenia?..... Druh ťažkostí: Dátum zmeny zdravotného stavu, ktorý si vyžiadal predpísanie novej zdravotníckej pomôcky (dátum nemusí byť zhodný s dátumom predpisu zdrav. pomôcky) Stručný popis zmeny zdravotného stavu, ktorá viedla k predpisu novej zdravotníckej pomôcky..... Diagnostikovanie vykonané v (adresa): Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia:..... ☎

Pokyny k výplate 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 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

***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,
identifikovala klienta

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

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

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.

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

Správa ošetrojúceho lekára o chorobe, resp. o zmene zdravotného stavu poistenej osoby, pre ktorý bol vystavený predpis na zdravotnícku pomôcku	
Ošetrojúci lekár MUDr. ....	.....
Názov a adresa zdrav. zariadenia.....	.....
.....	e-mail
Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného	rod. č.
<input type="checkbox"/> ošetroval poisteného a diagnostikoval ochorenie	
<input type="checkbox"/> vypracoval správu poistenému zo zdravotnej dokumentácie	
Dátum predpisu zdravotníckej pomôcky .....	.....
Druh predpisanej zdravotníckej pomôcky .....	.....
Diagnóza ochorenia a jeho štádium v čase predpisu zdravotníckej pomôcky .....	.....
Číslo a popis diagnózy .....	.....
Dátum zmeny zdravotného stavu, na základe ktorého bolo potrebné vystaviť predpis zdravotníckej pomôcky.....	.....
Stručný popis zmeny zdravotného stavu, ktorá viedla k predpisu novej zdravotníckej pomôcky .....	.....
Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného, resp. pokus o samovraždu? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
Prečo?.....	.....
Došlo k vzniku ochorenia následkom úrazu? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Dátum vzniku úrazu
Došlo k poškodeniu zdravia pod vplyvom, v dôsledku požitia či pre pravidelné požívanie alkoholických nápojov, návykových látok, omamných, psychotropných látok alebo vysokých dávok liekov bez súhlasu lekára <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Akých?
Aký bol dôvod výmeny zdravotníckej pomôcky:	
<input type="checkbox"/> zmena zdravotného stavu	
<input type="checkbox"/> oprava alebo úprava z dôvodu poškodenia, zničenia alebo straty zdravotníckej pomôcky, výmena časti pomôcky bez zdravotnej indikácie a bez zmeny zdravotného stavu	
Dátum diagnostikovania ochorenia, pre ktoré je vystavená zdravotnícka pomôcka (kedy bolo prvý krát zistené ochorenie, poškodenie zdravia) .....	.....
Stav poškodenia zdravia pred predpisom zdravotníckej pomôcky (aký bol posledný zaznamenaný stav poškodenia zdravia pred aktuálnou zmenou, ktorá viedla k predpisu zdravotníckej pomôcky, napr. pred zmenou boli dioptrie -2, teraz pri predpise -2,5; stupeň straty sluchu pred zmenou: ľahká strata sluchu 30dB, teraz pri predpise stredná strata sluchu 50 dB a pod.).....	.....

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

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára