



OZNÁMENIE O NEVYHNUTNOM LIEČEBNOM POBYTE V NEMOCNICI

Nárok na plnenie vzniká za nevyhnutný liečebný pobyt v nemocnici po uplynutí ochranných lehôt uvedených v poisťných podmienkach a zmluvných dojednaniach. Nárok na plnenie nie je za pobyty v nemocnici z dôvodu dozoru a opatrovania blízkych, pri rehabilitačných, rekondičných, doliečovacích, klimaticko – roburačných pobytoch, kúpeľnej liečbe a niektorých ďalších pobytoch v nemocnici uvedených v poisťných podmienkach. K vyplnenému oznámeniu priložte čitateľnú fotokópiu prepúšťacej správy z nemocnice, kde ste boli hospitalizovaný.

Poisťovňa v súvislosti s poisťnou 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 poisťnej udalosti dôjde mimo Slovenskej republiky, je poistený alebo oprávnená osoba na výplatu poisťného plnenia povinná predložiť poisťovní úradne overený preklad alebo lekárske správy potrebné na stanovenie rozsahu poisťného plnenia potvrdené odborným lekárom na území Slovenskej republiky.

Náklady spojené s predložením požadovaných podkladov znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poisťného 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 poisťnej zmluvy (z poisťky)
Priezvisko a meno poisteného rodné číslo
Adresa
PSC ☎ e – mail

Údaje o pobyte v nemocnici - vyplňuje poistený

Pobyt v nemocnici od dovrátane
Názov a adresa nemocnice ☎
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného
..... ☎

Pokyny k výplatu poisťného plnenia - vyplňuje poistený

Poisťné plnenie žiadam poukázať:

- na číslo účtu v tvare 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 áno¹
Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou? nie áno²

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)

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 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

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. zákonného 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 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.