



## OZNÁMENIE O VZNIKU NEPRETRŽITEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI V POISTENÍ DLŽNÍKA ÚVERU

K posúdeniu nároku na poistné plnenie je nevyhnutné predložiť vyplnené tlačivo poisťovne s potvrdením lekára o pracovnej neschopnosti dlhšej ako 2 mesiace, s potvrdením Vášho zamestnávateľa a s potvrdením poskytovateľa úveru o výške a periodicite splátok na druhej strane tlačiva. V prípade trvania práceneschopnosti bude potrebné mesačne predkladať potvrdenie lekára o trvaní práceneschopnosti na tlačive poisťovne, vždy k výročnému dňu vzniku nároku, vrátane potvrdenia od zamestnávateľa o nepretržitom trvaní pracovného pomeru.

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](http://www.koop.sk) cez online služby.

|  |                         |
|--|-------------------------|
| <b>Údaje o poistenom (vyplňuje poistený)</b>   |                         |
| Číslo poistnej zmluvy .....  | .....                   |
| Priezvisko, meno poisteného .....  | .....rodné číslo .....  |
| Adresa .....   | .....PSČ .....          |
| ☎.....   | .....e-mail.....        |
| <b>Údaje o pracovnej neschopnosti dlhšej ako 2 mesiace (vyplňuje poistený)</b>   |                         |
| Doba trvania pracovnej neschopnosti od ..... do ..... vrátane, v dôsledku:   |                         |
| <input type="checkbox"/> <b>úrazu</b>  |                         |
| Dátum úrazu .....  | .....hodina úrazu ..... |
| miesto úrazu .....   |                         |
| Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu) .....  |                         |
| .....  |                         |
| Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uvedte všetky dg.) .....   |                         |
| Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov alebo omamných látok? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie   |                         |
| Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Boli ste vodičom v čase nehody? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno: ŠPZ .....                                   |                         |
| Popis poranenia .....  |                         |
| Bola táto časť tela už predtým postihnutá úrazom alebo funkčne? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno  |                         |
| Kedy?..... Ako? .....  |                         |
| Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> neviem  |                         |
| Vyšetrovala úraz polícia? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Adresa polície.....  |                         |
| Došlo k poistnej udalosti v príčinnej súvislosti s profesionálnym vykonávaním športu? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno  |                         |
| <input type="checkbox"/> <b>choroby</b>  |                         |
| Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uvedte všetky dg.).....  |                         |
| Liečili ste sa alebo Vám bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo v dôsledku ochorenia (ochorení), pre ktoré ste boli PN? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Ak áno v čase od .....do ..... |                         |
| Adresa lekára, resp. zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili .....   |                         |
| Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia .....  |                         |
| .....☎.....  |                         |

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](http://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  áno<sup>1</sup>  
Je poistený sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>2</sup>

V..... dňa .....  
úradne overený podpis 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 osoby<sup>3</sup>, ktorá identifikovala klienta<sup>4</sup>  
..... osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

**Údaje o úvere, pôžičke (vyplňuje poskytovateľ úveru, pôžičky)**

Poskytovateľ úveru, pôžičky .....  
Adresa .....  
PSC .....  
Číslo úveru ..... na dobu od ..... do .....  
výška úveru ..... výška splátky .....

Periodicita splátok  - mesačná  - štvrťročná  - polročná  - ročná  - iná: .....  
Meno a priezvisko poisteného ..... rod. č. ....

**Údaje pre výplatu vinkulovaného plnenia v prospech úveru (pôžičky):**

číslo účtu v tvare IBAN .....  
variabilný symbol ..... konšt. symbol .....

..... dátum ..... meno a priezvisko oprávneného pracovníka poskytovateľa úveru (pôžičky) ..... pečiatka a podpis

**Potvrdenie zamestnávateľa (vyplňuje zamestnávateľ)**

Potvrdzujeme, že poistený je v čase práceneschopnosti, ktorá nastala dňa: .....  
u nás nepretržite zamestnaný.

Adresa zamestnávateľa počas práceneschopnosti .....

..... dátum ..... pečiatka a podpis zamestnávateľa

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

<sup>2</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>3</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

<sup>4</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 za vypísanie tlačiva lekárom pre poisťovňu hradí poistená osoba. Poisťovňa tieto náklady neprepláca.**

**Potvrdenie ošetrojúceho lekára o pracovnej neschopnosti** – vyplňuje sa iba v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená (študent, domáca a pod.)

Ošetrojúci lekár MUDr. .... Názov a adresa zdrav. zariadenia.....

PSČ ..... e-mail .....

Potvrdzujem pracovnú neschopnosť poisteného ..... rod. č. ....  
z dôvodu liečenia choroby alebo úrazu, ktorá trvala od ..... do ..... vrátane  
Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých ochorení, prosíme uviesť všetky dg.) .....

Došlo v priebehu liečenia ku komplikáciám, ktoré mali za následok predĺženie liečenia nad obvyklú dobu?

- áno Aké komplikácie? .....
- nie

Liečil sa poistený alebo mu bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo na uvedené ochorenie (ochorenia) v posledných troch rokoch?

- áno od ..... do .....
- nie

Dôvod, pre ktorý nebol vystavený doklad o pracovnej neschopnosti .....

Ak išlo o úraz, predpokladáte, že zanechá trvalé následky?

- áno Aké? .....
- nie

Vznikol úraz alebo choroba (choroby), pre ktoré bol poistený práceneschopný, v dôsledku:

1. vplyvu alkoholu, omamných, či toxických látok

- áno Akých? ..... ‰ alkoholu v krvi
- nie

2. úmyselného sebapoškodenia, pokusu o samovraždu alebo úmyselného privedenia choroby

- áno
- nie

3. profesionálneho vykonávania športu

- áno
- nie

4. doliečovacieho, rehabilitačného, rekondičného, klimaticko – roburačného pobytu

- áno od ..... do .....
- nie

5. kúpeľnej liečby

- áno
- nie

6. tehotenstva alebo pôrodu, umelého prerušenia tehotenstva a potratu

- áno
- nie

7. liečenia závislostí, vrátane odvykacích kúr

- áno
- nie

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

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka zdrav. zariadenia a podpis ošetrojúceho lekára