



## OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z INDIVIDUÁLNEHO ZDRAVOTNÉHO POISTENIA PRE PRÍPAD OPERAČNÉHO ZÁKROKU, PRODUKT SKORÉ UZDRAVENIE

Nárok na plnenie vzniká v prípade poistnej udalosti, ktorou je operačný zákrok definovaný v poistných podmienkach z dôvodu, ktorý vznikol po prvýkrát po dátume začiatku pripoistenia. K tlačivu poisťovne prosím priložte kópiu operačného nálezu z vykonaného operačného zákroku, kópiu prepúšťacej správy z nemocnice, resp. zo zdravotníckeho zariadenia, ktoré vykonalo operačný zákrok. Zároveň je potrebné doložiť kópiu lekárskej správy, ktorá potvrdzuje prvú diagnostiku ťažkostí súvisiacich so zdravotným problémom, pre ktorý bol operačný zákrok vykonaný. V prípade, že úraz vyšetrovala polícia predložte kópie správy z jej vyšetrovania.

Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaoštarávaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídliaceho 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: 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 poistenej osobe – vyplňuje poistený</b>
Číslo poistnej zmluvy (z poistky) ..... Priezvisko a meno poisteného ..... rodné číslo ..... Adresa ..... PSČ ..... ☎ ..... e-mail .....
<b>Údaje o operačnom zákroku - vyplňuje poistený</b>
Dátum vykonania operačného zákroku..... Dátum prvej diagnostiky zdravotného dôvodu, v dôsledku ktorého bol vykonaný operačný zákrok ..... Druh vykonaného operačného zákroku..... Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde bol operačný zákrok vykonaný ..... ☎ ..... Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia..... ☎ .....
<b>Vyplňte iba v prípade, ak bol operačný zákrok vykonaný z dôvodu úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia pripoistenia</b>
Dátum úrazu ..... hodina úrazu ..... miesto úrazu..... Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)..... Popis poranenia ..... Vyšetrovala úraz polícia? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Adresa polície:..... .....
<b>Vyplňte iba v prípade, ak bol operačný zákrok vykonaný z akéhokoľvek dôvodu okrem úrazu</b>
Kedy a kým boli zistené prvé príznaky ochorenia, odchýlky od zdravia ,ktoré súviseli s dôvodom, pre ktorý bol vykonaný operačný zákrok?..... 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 .....  ..... e-mail .....Je zákonný zástupca poisteného politicky exponovanou osobou?  **nie**  **áno**<sup>1</sup>Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou?  **nie**  **áno**<sup>2</sup>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 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 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](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>3</sup>Je poistený sankcionovanou osobou?  **nie**  **áno**<sup>4</sup>

V..... dňa .....

úradne overený podpis poisteného  
resp. zák. 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 osoby<sup>5</sup>,  
ktorá identifikovala klienta<sup>6</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 označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)<sup>3</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)<sup>4</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)<sup>5</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.<sup>6</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. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

**Správa ošetrojúceho lekára o operačnom zákroku poistenej osoby**

Ošetrojúci lekár MUDr. ....

Názov a adresa zdrav. zariadenia .....

PSČ ..... e-mail .....

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného ..... rod. č. ....

- ošetroval poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia a vykonal operačný zákrok
- vypracoval správu o operačnom zákroku na základe zdravotnej dokumentácie o operačnom zákroku, ktorý bol vykonaný v dôsledku choroby, odchýlky od zdravia, resp. úrazu poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym zariadením

Dátum vykonania operačného zákroku ..... v zdravotníckom zariadení.....

Druh operačného zákroku.....

Presný názov dg., v dôsledku ktorej bol vykonaný operačný zákrok (slovensky – latinsky).....

**Kedy bol prvýkrát diagnostikovaný zdravotný problém** (v dôsledku ktorého bol vykonaný operačný zákrok, uveďte presný dátum).....

Liečil sa poistený pre ťažkosti, ktoré súvisia s diagnostikovaným zdravotným problémom, v dôsledku ktorého bol vykonaný operačný zákrok aj v minulosti?  nie  áno Druh ťažkostí (diagnóza) ..... od ..... do .....

**Vyplňte prosím len v prípade ak bol operačný zákrok realizovaný v dôsledku úrazu:**

Prvé lekárske ošetrenie v dôsledku úrazu bolo vykonané dňa ..... o hod. ....v zdrav. zariadení.....

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

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

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

RTG, CT, USG, MR – nález s popisom.....

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu?  nie  áno Aké príznaky opitosti boli zistené?.....  
..... 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

Bol operačný zákrok vykonaný z estetických dôvodov?  áno  nie

Bol poistený za účelom operačného zákroku hospitalizovaný? od ..... do .....

Kde? .....

Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky?  nie  áno Pravdepodobne akého druhu a rozsahu?

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

V.....dňa.....

pečiatka zdravotníckeho zariadenia  
a podpis ošetrojúceho lekára