



OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z POISTENIA „VODIČ PLUS“ PRE PRÍPAD STRATY SCHOPNOSTI VIESŤ MOTOROVÉ VOZIDLO

Nárok na poistné plnenie vzniká, v prípade stanovenia diagnózy niektorej z chorôb uvedených v príslušných poistných podmienkach alebo v prípade straty vodičského oprávnenia z dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu (telesného alebo duševného). K tlačivu poistovne prosím priložite kópiu lekárskej správy z vyšetrení, ktoré potvrdzujú diagnostikovanie choroby, príp. klinický, laboratórny alebo histologický nález. Ak ste boli v dôsledku tejto choroby hospitalizovaný, priložite k tlačivu aj kópiu prepúšťacej správy z hospitalizácie, príp. hospitalizácií.


Poistovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaoberaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídlaceho 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 cez online služby.

Údaje o poistenej osobe – vyplňuje poistený

Číslo poistnej zmluvy (z poistky)

Priezvisko a meno poisteného..... rodné číslo


Adresa..... PSČ 

Údaje o vážnej chorobe - vyplňuje poistený

Kedy sa objavili prvé príznaky vážneho ochorenia?

Druh ťažkostí:

Dátum diagnostikovania vážnej choroby odborným lekárom.....

Diagnostikovanie vykonané v zdravotníckom zariadení – adresa.....
..... 

Kedy, kde a ako ste sa bezprostredne po zistení vážnej choroby liečili? Uveďte presnú dobu (odkedy dokedy), názvy a adresy zdravotníckych zariadení, mená lekárov a spôsob liečenia (operácie, dialýzy a pod.)

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia (vrátane dokumentácie týkajúcej sa vážneho ochorenia)

Údaje o strate vodičského oprávnenia - vyplňuje poistený


Dátum odobratia vodičského oprávnenia.....


Dôvod pre ktorý bolo vodičské oprávnenie odobraté

V prípade nepriaznivého zdravotného stavu uviesť, kedy sa objavili prvé príznaky?.....

Druh ťažkostí :

Adresa a meno lekára, ktorý vydal pokyn na odobratie vodičského oprávnenia

..... 

Adresa dopravného inšpektorátu Policajného zboru, ktorý odobral poistenému vodičské oprávnenie.....
..... 

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia (vrátane dokumentácie týkajúcej sa vážneho ochorenia)

Pokyny k výplatu poistného plnenia - vyplňuje poistený

Poistné 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 oprávnená osoba poisteného politicky exponovanou osobou? **nie** **áno**¹Je oprávnená osoba poisteného sankcionovanou osobou? **nie** **áno**²

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.

.....
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 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** **áno**³Je poistený sankcionovanou osobou? **nie** **áno**⁴

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, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 firmy¹ 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 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.

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

Správa ošetrojúceho lekára o vážnej chorobe, resp. o zmene zdravotného stavu poistenej osoby, pre ktorý bolo odobraté vodičské oprávnenie	
Ošetrojúci lekár MUDr.	Názov a adresa zdrav. zariadenia.....
.....	PSČ
	e-mail
Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného	rod. č.
<input type="checkbox"/> ošetroval poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia a diagnostikoval ochorenie	
<input type="checkbox"/> vypracoval správu o vážnej chorobe, resp. dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu na základe zdravotnej dokumentácie z liečenia ochorenia poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym zariadením	
Diagnóza vážneho ochorenia a jeho štádium	
Dátum diagnostikovania vážneho ochorenia	v zdravotníckom zariadení
Vyšetrenie, ktorým bolo vážne ochorenie diagnostikované	
Spôsob a druh liečby (podrobný popis liečby)	
Dôvod, pre ktorý bolo odobraté vodičské oprávnenie	
Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Prečo?	
Bola vykonaná operácia? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Aká?	
Bol poistený hospitalizovaný? Od	do Kde?
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 liečil? Uveďte názov, adresu a meno príslušného odborného lekára, resp. lekárov	
Došlo k vzniku vážneho ochorenia 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?	
v krvi zistené ‰ alkoholu	
Došlo k úrazu pod vplyvom omamných, či toxických látok, drog? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	
Akých?	

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

V dňa

pečiatka zdravotníckeho zariadenia
a podpis ošetrojúceho lekára