




DÔCHODKOVÉ POISTENIE - OZNÁMENIE O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI s nárokom na vrátenie poistného pri oslobodení od platenia poistného

Nárok na vrátenie poistného pri oslobodení od platenia poistného v dôchodkovom poistení je pri pracovnej neschopnosti poisteného, ktorá vznikla až po uplynutí ochrannnej lehoty uvedenej v poistnej zmluve, a ktorá trvala aj po uplynutí zmluvne dojednanej čakacej lehoty na plnenie. K vyplnenému oznámeniu priložte čitateľnú fotokópiu pracovnej neschopnosti, resp. v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená, potvrdenie lekára o práceneschopnosti na druhej strane tohto tlačiva.

Poistovňa v súvislosti s poistnou 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 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, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava.

Údaje o poistenom – vyplňuje poistený	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky)	
Priezvisko a meno poisteného	
Rodné číslo	
Adresa	PSČ
	e-mail
Údaje o pracovnej neschopnosti - vyplňuje poistený	
Doba trvania pracovnej neschopnosti od do vrátane, v dôsledku:	
<input type="checkbox"/> úrazu	
Dátum úrazu hodina úrazu miesto úrazu	
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)	
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	
Vyšetřovala úraz polícia? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Adresa polície	
<input type="checkbox"/> choroby	
Diagnóza (Dg.)	
Liečili ste sa na uvedené ochorenie v minulosti? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno od do	
Kde?	
Adresa lekára, resp. zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili	
..... 	
Liečili ste sa na uvedené ochorenie v minulosti? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno od do	
Kde?	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia	
..... 	

Pokyny k výplate poistného plnenia - vyplňuje poistník

Poistné plnenie žiadam poukázať:

- na číslo účtu v tvare IBAN
názov účtu príjemcu
- na adresu

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

Súhlasím, aby KOOOPERATIVA poisťovňa, a. s. podľa potreby zisťovala môj zdravotný stav. Týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu týkajúcu sa liečenia choroby, úrazu, resp. zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie poistnej zmluvy.

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 oistnou 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.

V..... dňa
úradne overený podpis poisteného, číslo dokladu totožnosti
resp. zákonného zástupcu poisteného*

***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, čitateľné meno a priezvisko/názov osoby¹, osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,
ktorá identifikovala klienta ktorá identifikovala klienta² ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

¹ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

² 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.

Potvrdenie ošetrojúceho lekára o pracovnej neschopnosti poisteného – vyplňuje sa iba v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená. U osôb, ktorým sa nevystavuje doklad o pracovnej neschopnosti, sa poistné plnenie vo forme vrátenia poistného nepriznáva. Výnimku tvoria iba osoby presne uvedené v príslušných poistných podmienkach.

Ošetrojúci lekár MUDr. Názov a adresa zdrav. zariadenia
..... PSC
☎ e-mail

Potvrdzujem liečbu poisteného rod. č.
z dôvodu choroby alebo úrazu, ktorá trvala od do vrátane
Diagnóza

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

- áno Aké komplikácie?.....
 nie

Liečil sa poistený v minulosti na uvedené ochorenie?

- 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

Ak išlo o úraz, došlo k nemu pod vplyvom alkoholu, omamných, či toxických látok?

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

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

V dňa

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