

OZNÁMENIE O PRIZNANÍ INVALIDNÉHO DÔCHODKU (oslobodenie od platenia poistného, výplata plnenia za invaliditu)

Nárok na oslobodenie od platenia poistného alebo na výplatu poistného plnenia vzniká za invalidný dôchodok, t.j. % pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť, ktorý je priznaný poistenej osobe Sociálnou poisťovňou po uplynutí dvojročnej ochrannnej lehoty od uzavretia poistenia. Uplynutie dvojročnej ochrannnej lehoty sa nevyžaduje, ak bol invalidný dôchodok priznaný výlučne v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia poistného, resp. dobe poistenia. Pre priznanie plnenia či nároku na oslobodenie od platenia poistného je potrebné, aby pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť bol viac ako 70%. K vyplnenému oznámeniu priložte čitateľnú fotokópiu rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku na „Osobnom liste dôchodkového zabezpečenia“ zo Sociálnej poisťovne (nestačí rozhodnutie o pozastavení nemocenských dávok z regionálnej Sociálnej poisťovne) a fotokópiu Lekárskej správy z rokovania posudkovej komisie.

Poisťovňa 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 poistenej osobe – vyplňuje poistený

Číslo poistnej zmluvy (z poistky)
 Priezvisko a meno poisteného rodné číslo.....
 Adresa
 PSČ e-mail

Údaje o priznaní invalidného dôchodku zo Sociálnej poisťovne (poklese schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 70%) - vyplňuje poistený

Invalidný dôchodok priznaný Sociálnou poisťovňou s účinnosťou od
 v dôsledku choroby úrazu.
 Adresa lekár, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia
 Odkedy trpíte ochorením v dôsledku, ktorého ste invalidný/á?

Vyplňte, iba ak bol invalidný dôchodok (poklese schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť viac ako 70%) priznaný v ochrannnej lehote výlučne v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe trvania poistenia

Dátum úrazu hodina úrazu miesto úrazu
 Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)
 Popis poranenia.....
 Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? nie áno Boli ste vodičom v čase nehody? nie áno ŠPZ
 Bola táto časť tela už predtým funkčne postihnutá? nie áno
 Kedy? Ako?
 Je to prvý úraz tejto časti tela? áno nie Aké poranenie?..... Kedy?
 Prvé ošetrenie bolo poskytnuté dňa o hod. v zdrav. zariadení – adresa
 Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili.....
 Mená a adresy svedkov úrazu.....
 Vyšetrovala úraz polícia? nie áno Adresa polície

Pokyny k výpláte 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

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.

.....
podpis zákonného zástupcu

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

Súhlasím, aby KOOOPERATIVA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group 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 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.

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 osoby¹,
ktorá identifikovala klienta².....
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,
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.

Potvrdenie zamestnávateľa alebo organizácie, ktorá dojednala poistenie v prospech poisteného

V zmysle poistnej zmluvy došlo k úrazu poisteného.....
..... rod. č.
pri poistenej činnosti pracovnej mimopracovnej
Výška poistnej sumy /ročného invalidného dôchodku za invaliditu (pokles schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť)
.....
V dňa

.....
pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)

Údaje o úvere, pôžičke – iba pri nároku na úhradu splátok úveru poisťovňou počas plnej invalidity poisteného
- vyplňuje poskytovateľ úveru, pôžičky

Poskytovateľ úveru (pôžičky)
Adresa
PSČ  Číslo úveru (pôžičky).....
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

V dňa

.....
meno, priezvisko oprávneného pracovníka

.....
pečiatka a podpis poskytovateľa úveru (pôžičky)