



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 zaobstarávaním 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, 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 operačnom zákroku - vyplňuje poistený

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.....


Vyplňte iba v prípade, že bol operačný zákrok vykonaný z dôvodu úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia pripoistenia


Dátum úrazu hodina úrazu miesto úrazu.....
 Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu).....
 Popis poranenia
 Vyšetrovala úraz polícia? nie áno Adresa polície:.....

Vyplňte iba v prípade, že bol operačný zákrok vykonaný z akéhokoľvek dôvodu okrem úrazu

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

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

Pokyny k výpláte 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. Súhlasím, aby KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group podľa potreby zisťovala môj zdravotný stav. Týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovni 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. zák. 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.

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
PSC 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 zdravot. zariadenia a podpis ošetrojúceho lekára