






## OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIA CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU

Nárok na plnenie vzniká v prípade poistnej udalosti, ktorou je chirurgický zákrok z dôvodu choroby alebo úrazu, ktoré vznikli po prvýkrát po dátume začiatku pripoistenia.

K tlačivu poisťovne prosím priložite kópiu operačného nálezu z vykonaného chirurgického zákroku, resp. kópie lekárskeho správ z chirurgického zákroku. Ak ste boli v dôsledku chirurgického zákroku hospitalizovaný, priložite k tlačivu aj kópiu prepúšťacej správy z hospitalizácie, príp. hospitalizácií. Zároveň je potrebné doložiť kópiu lekárskej správy, ktorá potvrdzuje prvú diagnostiku ťažkostí súvisiacich so zdravotným problémom, pre ktorý bol zákrok vykonaný. V prípade, že úraz vyšetrovala polícia predložte kópiu správy z jej vyšetrenia.

Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaoštarovaním 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 poisťovní 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: KOOPERATIVA 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 chirurgickom zákroku - vyplňuje poistený
Dátum vykonania chirurgického zákroku .....
Dg. ochorenia alebo úrazu v dôsledku, ktorých bol vykonaný chirurgický zákrok.....
Druh vykonaného chirurgického zákroku .....
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde bol chirurgický zákrok vykonaný..... 
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia .....

Vyplňte iba v prípade, že bol chirurgický zákrok vykonaný z dôvodu úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia pripoistenia
Dátum úrazu ..... hodina úrazu ..... miesto úrazu .....
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu) .....
Vyšetrovala úraz polícia? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno
Adresa polície? .....
Vyplňte iba v prípade, že bol chirurgický zákrok vykonaný z dôvodu choroby, ktorá vznikla v dobe platenia pripoistenia
Kedy a kým boli zistené prvé príznaky ochorenia, ktoré súviseli s ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok .....
Druh ťažkostí: .....
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 ..... 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 mojou 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 výpláte poistného plnenia - vyplňuje poistený**

Poistné plnenie žiadam poukázať:

 na číslo účtu v tvare IBAN.....

názov účtu.....

 na adresu .....

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 z 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](http://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 osoby<sup>1</sup>,  
ktorá identifikovala klienta<sup>2</sup>.....  
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,  
ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

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

<sup>2</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 chirurgickom 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 chirurgický zákrok
- vypracoval správu o chirurgickom zákroku na základe zdravotnej dokumentácie o chirurgickom zákroku, ktorý bol vykonaný v dôsledku choroby, resp. úrazu poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym zariadením

Dátum vykonania chirurgického zákroku .....

v zdravotníckom zariadení .....

Druh chirurgického zákroku.....

**Chirurgický zákrok v dôsledku choroby**

Dg. ochorenia v dôsledku, ktorej bol vykonaný chirurgický zákrok (slovensky – latinsky).....

**Dátum diagnostikovania ochorenia v dôsledku, ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok** .....

Liečil sa poistený pre ťažkosti, ktoré súvisia s diagnostikovaným ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirur. zákrok aj v minulosti?  nie  áno od ..... do .....

v zdravotníckom zariadení .....

Druh ťažkostí:.....

**Chirurgický zákrok v dôsledku úrazu**

**Prvé lekárske ošetrenie v dôsledku úrazu dňa** ..... o hod. ....

v zdrav.zariadení .....

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

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

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

RTG – nález s opisom (uvedte vždy pri úplných, neúplných zlomeninách a vytknutiach).....

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu?  nie  áno V krvi zistené ‰ alkohol .....

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 Prečo?.....

Bol chirurgický zákrok vykonaný z estetických dôvodov?  áno  nie .....

Bol poistený za účelom chirurgického zákroku hospitalizovaný? Od ..... do .....

Kde? .....

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

V .....dňa .....

pečiatka zdravotníckeho zariadenia  
a podpis ošetrojúceho lekára