



OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIA ZDRAVOTNÍCKYCH POMÔCOK

Poistovňa pristúpi k posúdeniu vzniku nároku na poistné plnenie po predložení základných nevyhnutných podkladov k uplatneniu nároku, ktorými sú: vyplnené tlačivo poisťovne, kópia lekárskeho predpisu vystaveného odborným lekárom (recept), kópia lekárskej správy od odborného lekára potvrdzujúca dátum zmeny zdravotného stavu a kópia pokladničného dokladu preukazujúca vyzdvihnutie si predpísanej zdravotníckej pomôcky v špecializovanej zdravotníckej predajni. 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.....PSC ☎ e- mail:
Údaje o zmene zdravotného stavu, chorobe - vyplňuje poistený
Dátum predpisania zdravotníckej pomôcky Kedy sa objavili prvé príznaky ochorenia?..... Druh ťažkostí: Dátum zmeny zdravotného stavu, ktorý si vyžiadal predpísanie novej zdravotníckej pomôcky (dátum nemusí byť zhodný s dátumom predpisu zdrav. pomôcky) Stručný popis zmeny zdravotného stavu, ktorá viedla k predpisu novej zdravotníckej pomôcky..... Diagnostikovanie vykonané v (adresa): Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia:..... ☎
Pokyny k výplatu poistného plnenia - vyplňuje poistený
Poistné plnenie žiadam poukázať: <input type="checkbox"/> na číslo účtu v tvare IBAN..... názov účtu..... <input type="checkbox"/> 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 poskytl poistovní 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*
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 chorobe, resp. o zmene zdravotného stavu poistenej osoby, pre ktorý bol vystavený predpis na zdravotnícku pomôcku

Ošetrojúci lekár MUDr.

Názov a adresa zdrav. zariadenia.....

☎ e-mail

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného rod. č.

ošetroval poisteného a diagnostikoval ochorenie

vypracoval správu poistenému zo zdravotnej dokumentácie

Dátum predpisu zdravotníckej pomôcky

Druh predpísanej zdravotníckej pomôcky

Diagnóza ochorenia a jeho štádium v čase predpisu zdravotníckej pomôcky

Číslo a popis diagnózy

Dátum zmeny zdravotného stavu, na základe ktorého bolo potrebné vystaviť predpis zdravotníckej pomôcky.....

Stručný popis zmeny zdravotného stavu, ktorá viedla k predpisu novej zdravotníckej pomôcky

Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného, resp. pokus o samovraždu? áno nie

Prečo?.....

Došlo k vzniku ochorenia následkom úrazu? nie áno Dátum vzniku úrazu

Došlo k poškodeniu zdravia pod vplyvom, v dôsledku požitia či pre pravidelné požívanie alkoholických nápojov, návykových látok, omamných, psychotropných látok alebo vysokých dávok liekov bez súhlasu lekára nie áno Akých?

Aký bol dôvod výmeny zdravotníckej pomôcky:

zmena zdravotného stavu

oprava alebo úprava z dôvodu poškodenia, zničenia alebo straty zdravotníckej pomôcky, výmena časti pomôcky bez zdravotnej indikácie a bez zmeny zdravotného stavu

Dátum diagnostikovania ochorenia, pre ktoré je vystavená zdravotnícka pomôcka (kedy bolo prvý krát zistené ochorenie, poškodenie zdravia)

Stav poškodenia zdravia pred predpisom zdravotníckej pomôcky (aký bol posledný zaznamenaný stav poškodenia zdravia pred aktuálnou zmenou, ktorá viedla k predpisu zdravotníckej pomôcky, napr. pred zmenou boli dioptrie -2, teraz pri predpise -2,5; stupeň straty sluchu pred zmenou: ľahká strata sluchu 30dB, teraz pri predpise stredná strata sluchu 50 dB a pod.).....

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

V dňa

.....
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára