



## OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIE VÁŽNYCH CHORÔB

Nárok na plnenie vzniká, v prípade poistnej udalosti, ktorou sa v pripoistení vážnych chorôb rozumie ochorenie poisteného aspoň na jednu z vážnych chorôb uvedených v poistných podmienkach, ktorá bola prvý krát zistená počas trvania pripoistenia a diagnosticky potvrdená odborným lekárom zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bol poistený vyšetrený alebo transplantácia niektorého z telesných orgánov poisteného uvedených v poistných podmienkach. Za dátum vzniku poistnej udalosti sa považuje deň, v ktorom bola odborným lekárom stanovená diagnóza vážnej choroby alebo vykonaná transplantácia telesného orgánu poisteného. Nárok na poistné plnenie vzniká len za prvú poistnú udalosť. V prípade, že úraz vyšetruje polícia priložením (zaslaním) kópie správy z jej vyšetrenia, ak ju máte k dispozícii, môžete vybavovanie poistnej udalosti urýchliť. Ak ste boli v dôsledku vážnej choroby hospitalizovaný, priložte k tlačivu aj kópiu prepúšťacej správy z hospitalizácie, príp. hospitalizácií. Vyplnené a lekárom potvrdené tlačivo, vrátane lekárskej správy z vyšetrenia, ktorým bola vážna choroba diagnostikovaná, 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 vážnej chorobe - vyplňuje poistený	
Dg. a štádium vážneho ochorenia, v prípade transplantácie uviesť telesný orgán, ktorý bol transplantovaný .....	.....
Kedy sa objavili prvé príznaky vážneho ochorenia?.....	.....
Popíšte druh ťažkostí, ktoré viedli k vzniku vážnej choroby: .....	.....
Dátum diagnostikovania vážnej choroby odborným lekárom alebo vykonania transplantácie telesného orgánu .....	.....
Diagnostika, resp. transplantácia vykonaná v zdravotníckom zariadení – adresa.....	.....
Kedy a kde ste sa bezprostredne po zistení vážnej choroby, resp. po transplantácii telesného orgánu liečili ? Uvedte presnú dobu (od kedy), názvy a adresy zdravotníckych zariadení, mená lekárov, u ktorých prebiehala liečba .....	.....
Akým spôsobom (operácie, dialýzy a pod.) prebiehala liečba bezprostredne po zistení vážnej choroby, resp. po transplantácii telesného orgánu .....	.....
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia (vrátane dokumentácie týkajúcej sa vážneho ochorenia) .....	.....
Vyplňte iba pri vážnej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov, ktoré vznikli v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia poistného	
Dátum úrazu .....	hodina úrazu ..... miesto úrazu .....
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu) .....	.....
Popis poranenia .....	.....
Vyšetruvala úraz polícia? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	Adresa polície? .....

**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 poisťnou 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, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

Súhlasím, aby KOOOPERATIVA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group podľa potreby zisťovala zdravotný stav môj, resp. maloletého poisteného. 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 poisťnej 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 poisťnou 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).

Vzhľadom na druh poistenia, žiadam ošetrojúceho lekára o uvedenie presnej diagnózy vážnej choroby na druhej strane oznámenia a to aj v prípade, že pôjde o diagnózu, ktorá sa zvyčajne pacientom v plnom rozsahu neoznamuje.

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,  
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.

**Poplatok za vyhotovenie správy lekárom hradí poistená osoba, resp. zák. zástupca maloletého poisteného. Poistovňa uhradí poistenému náklady na vyhotovenie správy zvýšením sumy poisteného plnenia o 4,98 EUR.**

**Správa ošetrojúceho lekára o vážnej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov 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 diagnostikoval ochorenie, resp. vykonal transplantáciu telesného orgánu

vypracoval správu o vážnej chorobe, resp. transplantácii telesných orgánov na základe zdravotnej dokumentácie z liečenia ochorenia poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym zariadením .....

Diagnóza vážneho ochorenia a jeho štádium .....

Dátum diagnostikovania vážneho ochorenia ..... v zdravotníckom zariadení .....

Vyšetrenie, ktorým bolo vážne ochorenie diagnostikované .....

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

Bola vykonaná transplantácia telesného orgánu?  nie  áno Akého telesného orgánu ?.....

transplantácia vykonaná v zdravotníckom zariadení .....

Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného?  áno  nie Prečo? .....

Bola vykonaná operácia?  nie  áno Aká? .....

Bol poistený hospitalizovaný? Od ..... do ..... Kde? .....

Kedy boli zistené prvé príznaky, resp. od kedy sa menovaný lieči na ochorenie, ktoré s vyššie uvedenou vážnou chorobou súvisí ..... Druh ťažkostí: .....

V akých zdrav. zariadeniach sa poistený po diagnostikovaní vážnej choroby, resp. po transplantácii telesného orgánu liečil?

Uvedte názov, adresu a meno príslušného odborného lekára, resp. lekárov .....

Došlo k vzniku vážneho ochorenia, resp. transplantácii telesného orgánu následkom úrazu?  nie  áno

Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom, diagnóza vlastného zranenia (slovensky - latinsky)?.....

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?.....

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

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka zdravotníckeho zariadenia  
podpis ošetrojúceho lekára