






OZNÁMENIE O NEVYHNUTNOM LIEČEBNOM POBYTE V NEMOCNICI

Nárok na plnenie vzniká za nevyhnutný liečebný pobyt v nemocnici po uplynutí ochranných lehôt uvedených v poistných podmienkach a zmluvných dojednaniach. Nárok na plnenie nie je za pobyty v nemocnici z dôvodu dozoru a opatrovania blízkych, pri rehabilitačných, rekondičných, doliečovacích, klimaticko – roburačných pobytoch, kúpeľnej liečbe a niektorých ďalších pobytoch v nemocnici uvedených v poistných podmienkach. K vyplnenému oznámeniu priložte čitateľnú fotokópiu prepúšťacej správy z nemocnice, kde ste boli hospitalizovaný(á) a vyplnené tlačivo zašlite na adresu: KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava. V mene maloletého poisteného oznámenie vyplňuje jeho zákonný zástupca.



Údaje o poistenej osobe – vyplňuje poistený

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

Údaje o pobyte v nemocnici - vyplňuje poistený

Pobyt v nemocnici od do vrátane
 Názov a adresa nemocnice 
 Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného
 

Vyplňte pri hospitalizácii v dôsledku úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia poistného

Dátum úrazu hodina úrazu miesto úrazu
 Popis úrazového deja (okolností 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 výplate 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, 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 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 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.