






DÔCHODKOVÉ POISTENIE - OZNÁMENIE O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI s nárokom na vrátenie poistného pri oslobodení od platenia poistného

Nárok na vrátenie poistného pri oslobodení od platenia poistného v dôchodkovom poistení je pri pracovnej neschopnosti poisteného, ktorá vznikla až po uplynutí ochrannnej lehoty uvedenej v poistnej zmluve a ktorá trvala aj po uplynutí zmluvne dojednanej čakacej lehoty na plnenie. V prípade vzniku nároku na oslobodenie od platenia poistného poisťovňa vráti poistníkovi zaplatené poistné vo výške zodpovedajúcej zaplatenému poistnému za obdobie od uplynutia čakacej doby do skončenia práceneschopnosti, avšak najviac do uplynutia zmluvne dojednanej doby. K vyplnenému oznámeniu priložte čitateľnú fotokópiu pracovnej neschopnosti, resp. v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená, toto platí len pri vybraných kategóriách uvedených v príslušných poistných podmienkach, potvrdenie lekára o liečbe na druhej strane tohto tlačiva. Vyplnené tlačivo zašlite na KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava.

Údaje o poistenom – vyplňuje poistený	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky)
Priezvisko a meno poisteného	Rodné číslo
Adresa	PSČ
	e-mail
Údaje o pracovnej neschopnosti - vyplňuje poistený	
Doba trvania pracovnej neschopnosti od do vrátane, v dôsledku:	
<input type="checkbox"/> úrazu	
Dátum úrazu	hodina úrazu miesto úrazu
..... Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)	
.....	
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	
Boli ste vodičom v čase nehody? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno ŠPZ	
Popis poranenia	
Bola táto časť tela už predtým postihnutá úrazom alebo funkčne? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	
Kedy? Ako?	
Predpokladáte, že úraz zanechá trvalé následky? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> neviem	
Vyšetřovala úraz polícia? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Adresa polície	
<input type="checkbox"/> choroby	
Diagnóza (Dg.)	
.....	
Liečili ste sa na uvedené ochorenie v minulosti? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno od do	
Kde?	
Adresa lekára, resp. zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili	
..... 	
Liečili ste sa na uvedené ochorenie v minulosti? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno od do	
Kde?	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia	
..... 	

Pokyny k výplate poistného plnenia - vyplňuje poistník

Poistné plnenie žiadam poukázať:

- na číslo účtu v tvare IBAN
názov účtu príjemcu
- na adresu

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

Súhlasím, aby KOOOPERATIVA poisťovňa, a. s. 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.

Náklady za vystavenie potvrdenia lekárom hradí poistená osoba. Poist'ovňa náklady za vystavenie potvrdenia lekárom uhradené poisteným neprepláca.

Potvrdenie ošetrujúceho lekára o pracovnej neschopnosti poisteného – vyplňuje sa iba v prípade, že nemohla pracovná neschopnosť vystavená. U osôb, ktorým sa nevystavuje doklad o pracovnej neschopnosti sa poistné plnenie v forme vrátenia poistného nepriznáva. Výnimku tvoria iba osoby presne uvedené v príslušných poistných podmienkach	
Ošetrujúci lekár MUDr.	Názov a adresa zdrav. zariadenia
.....	PSČ
☎.....	e-mail
Potvrdzujem liečbu poisteného rod. č.	
z dôvodu choroby alebo úrazu, ktorá trvala od do vrátane	
Diagnóza	
Došlo v priebehu liečenia ku komplikáciám, ktoré mali za následok predĺženie liečenia nad obvyklú dobu?	
<input type="checkbox"/> áno Aké komplikácie?.....	
<input type="checkbox"/> nie	
Liečil sa poistený v minulosti na uvedené ochorenie?	
<input type="checkbox"/> áno od do	
<input type="checkbox"/> nie	
Dôvod, pre ktorý nebol vystavený doklad o pracovnej neschopnosti.	
.....	
Ak išlo o úraz, predpokladáte, že zanechá trvalé následky?	
<input type="checkbox"/> áno Aké?	
.....	
<input type="checkbox"/> nie	
Ak išlo o úraz, došlo k nemu pod vplyvom alkoholu, omamných, či toxických látok?	
<input type="checkbox"/> áno Akých?..... ‰alkoholu v krvi	
<input type="checkbox"/> nie	

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

V dňa

.....
pečiatka zdrav. zariadenia a podpis ošetrujúceho lekára