






## OZNÁMENIE O DOČASNEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI s nárokom na vrátenie poistného pri oslobodení od platenia poistného

Nárok na vrátenie poistného pri oslobodení od platenia poistného je pri pracovnej neschopnosti poisteného, ktorá vznikla až po uplynutí ochrannnej lehoty od začiatku poistenia (napr. po 3 mesiacoch od začiatku poistenia) a ktorá trvala aj po uplynutí dojednanej čakacej lehoty na plnenie (napr. práceneschopnosť dlhšia ako 3 týždne). Splnenie podmienky ochrannnej lehoty od začiatku poistenia sa nevyžaduje, ak ide o pracovnú neschopnosť výlučne v dôsledku úrazu, ktorý sa stal počas trvania poistenia. 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 jedného roku trvania práceneschopnosti. K vyplnenému oznámeniu priložte čitateľnú fotokópiu pracovnej neschopnosti, resp. v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená, toto platí len pri vybraných kategóriách ako sú: študenti, dôchodcovia, invalidní dôchodcovia do 45%, nezamestnaný evidovaný na UP a súčasne pracujúci na dohodu, 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. Ak máte dojednané aj úrazové pripoistenie, v prípade práceneschopnosti následkom úrazu, pre uplatnenie nároku na plnenie z tohto pripoistenia predložte do poisťovne vyplnené tlačivo „Oznámenie o úraze“. Ak ste boli hospitalizovaný a máte dojednané i pripoistenie pobytu v nemocnici, predložte do poisťovne vyplnené tlačivo „Oznámenie o nevyhnutnom liečebnom pobyte v nemocnici“ spolu s čitateľnou fotokópiou prepúšťacej správy z nemocnice.

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"/> <b>úrazu</b>	
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	
Vyšetrovala úraz polícia? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Adresa polície .....	
<input type="checkbox"/> <b>choroby</b>	
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 .....	
.....  .....	
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 oisťnou 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 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 byť pracovná neschopnosť vystavená. U osôb, ktorým sa nevystavuje doklad o pracovnej neschopnosti, napr. neplatiča sociálneho poistenia, sa poistné plnenie vo forme vrátenia poistného nepriznáva. Výnimku tvoria osoby, za ktoré sociálne poistenia odvádza štát, ako sú osoby (študenti, dôchodcovia, invalidný dôchodcovia do 45%, nezamestnaný evidovaný na UP a súčasne pracujúci na dohodu).

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?

- áno Aké komplikácie?.....  
 nie

Liečil sa poistený v minulosti na uvedené ochorenie?

- áno od ..... do .....  
 nie

Dôvod, pre ktorý nebol vystavený doklad o pracovnej neschopnosti. ....  
.....

Ak išlo o úraz, predpokladáte, že zanechá trvalé následky?

- áno Aké?  
.....  
 nie

Ak išlo o úraz, došlo k nemu pod vplyvom alkoholu, omamných, či toxických látok?

- áno Akých?..... %alkoholu v krvi .....  
 nie

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

V ..... dňa .....

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