



## OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z PRIPOISTENIA CHIRURGICKÉHO ZÁKROKU

Nárok na plnenie vzniká v prípade poistnej udalosti, ktorou je chirurgický zákrok z dôvodu choroby alebo úrazu, ktoré vznikli po prvýkrát po dátume začiatku pripoistenia. Poistovňa nie je povinná plniť, ak bol chirurgický zákrok vykonaný v trojmesačnej ochrannnej lehote od začiatku poistenia, s výnimkou chirurgických zákrokov v dôsledku úrazu, ktorý vznikol v čase poistenia. Vyplnené a lekárom potvrdené tlačivo, vrátane operačného nálezu z vykonaného chirurgického zákroku, resp. kópie lekárskeho správ týkajúcich sa chirurgického zákroku zašlite na adresu: KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava. V prípade, že úraz vyšetrovala polícia priložením (zaslaním) kópie správy z jej vyšetrovania, ak ju máte k dispozícii, môžete vybavovanie poistnej udalosti urýchliť.

Údaje o poistenej osobe – vyplňuje poistený
Číslo poistnej zmluvy (z poistky) .....
Priezvisko a meno poisteného..... rodné číslo .....
Adresa..... PSČ .....
☎..... e-mail.....
Údaje o chirurgickom zákroku - vyplňuje poistený
Dátum vykonania chirurgického zákroku .....
Dg. ochorenia alebo úrazu v dôsledku, ktorých bol vykonaný chirurgický zákrok.....
Druh vykonaného chirurgického zákroku .....
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde bol chirurgický zákrok vykonaný..... ☎.....
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia .....
☎.....
Vyplňte iba v prípade, že bol chirurgický zákrok vykonaný z dôvodu úrazu, ktorý sa stal v dobe platenia pripoistenia
Dátum úrazu ..... hodina úrazu ..... miesto úrazu .....
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu) .....
Vyšetrovala úraz polícia? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno
Adresa polície? .....
Vyplňte iba v prípade, že bol chirurgický zákrok vykonaný z dôvodu choroby, ktorá vznikla v dobe platenia pripoistenia
Kedy a kým boli zistené prvé príznaky ochorenia, ktoré súviseli s ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok .....
Druh ťažkostí: .....
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa pre uvedené ťažkosti v minulosti liečili .....
Liečba prebiehala v čase od ..... do .....

**Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného - vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného**

Meno a priezvisko zákonného zástupcu ..... rodné číslo .....

Vzťah k maloletému ..... ☎ .....

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 mojou poisťovou 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 poisťného plnenia - vyplňuje poistený**

Poisťné plnenie žiadam poukázať:

 na číslo účtu v tvare IBAN.....

názov účtu.....

 na adresu .....

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo a 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 z 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 poisťovou 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.

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

**Správa ošetrojúceho lekára o chirurgickom zákroku poistenej osoby uvedenej na prednej strane oznámenia**

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 vykonal chirurgický zákrok
- vypracoval správu o chirurgickom zákroku na základe zdravotnej dokumentácie o chirurgickom zákroku, ktorý bol vykonaný v dôsledku choroby, resp. úrazu poisteného uvedeného na prednej strane oznámenia vystavenej zdravotníckym zariadením

Dátum vykonania chirurgického zákroku .....

v zdravotníckom zariadení .....

Druh chirurgického zákroku.....

**Chirurgický zákrok v dôsledku choroby**

Dg. ochorenia v dôsledku, ktorej bol vykonaný chirurgický zákrok (slovensky – latinsky).....

Dátum diagnostikovania ochorenia v dôsledku, ktorého bol vykonaný chirurgický zákrok .....

Liečil sa poistený pre ťažkosti, ktoré súvisia s diagnostikovaným ochorením, v dôsledku ktorého bol vykonaný chirur. zákrok aj v minulosti?  nie  áno od ..... do .....

v zdravotníckom zariadení .....

Druh ťažkostí:.....

**Chirurgický zákrok v dôsledku úrazu**

Prvé lekárske ošetrenie v dôsledku úrazu dňa ..... o hod. ....  
v zdrav.zariadení .....

Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom s určením jeho rozsahu a príčiny.....

Diagnóza vlastného zranenia (slovensky – latinsky).....

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

RTG – nález s opisom (uvedte vždy pri úplných, neúplných zlomeninách a vytknutiach).....

Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu?  nie  áno V krvi zistené ‰ alkohol .....  
Došlo k úrazu pod vplyvom omamných, či toxických látok, drog?  nie  áno Akých? .....

Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne postihnutá?  nie  áno

Ako a v akom rozsahu? .....

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

Bol chirurgický zákrok vykonaný z estetických dôvodov?  áno  nie .....

Bol poistený za účelom chirurgického zákroku hospitalizovaný? Od ..... do .....

Kde? .....

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

V .....dňa .....

.....  
pečiatka zdravotníckeho zariadenia