



## OZNÁMENIE O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI Z POISTENIA – „VODIČ PLUS“ PRE PRÍPAD STRATY SCHOPNOSTI VIESŤ MOTOROVÉ VOZIDLO

Vyplnené a lekárom potvrdené tlačivo, vrátane lekárskej správy z vyšetrenia, ktorým bola vážna choroba diagnostikovaná, príp. doklad vystavený lekárom a príslušným orgánom z dôvodu odobratia vodičského oprávnenia pošlite na adresu: KOOPERATIVA 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..... PSČ ..... ☎ .....

### Údaje o vážnej chorobe - vyplňuje poistený

Kedy sa objavili prvé príznaky vážneho ochorenia? .....

Druh ťažkostí: .....

Dátum diagnostikovania vážnej choroby odborným lekárom.....

Diagnostikovanie vykonané v zdravotníckom zariadení – adresa.....  
..... ☎ .....

Kedy, kde a ako ste sa bezprostredne po zistení vážnej choroby liečili? Uvedte presnú dobu (odkedy dokedy), názvy a adresy zdravotníckych zariadení, mená lekárov a spôsob liečenia (operácie, dialýzy a pod.) .....

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia (vrátane dokumentácie týkajúcej sa vážneho ochorenia) .....

..... ☎ .....

### Údaje o strate vodičského oprávnenia - vyplňuje poistený

Dôvod pre ktorý bolo vodičské oprávnenie odobraté .....

V prípade nepriaznivého zdravotného stavu uviesť, kedy sa objavili prvé príznaky?.....

Druh ťažkostí : .....

Dátum odobratia vodičského oprávnenia.....

Adresa a meno lekára, ktorý vydal pokyn na odobratie vodičského oprávnenia .....

..... ☎ .....

Adresa dopravného inšpektorátu Policajného zboru, ktorý odobral poistenému vodičské oprávnenie.....

..... ☎ .....

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia (vrátane dokumentácie týkajúcej sa vážneho ochorenia) .....

..... ☎ .....

### 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 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 .....

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 poisťovej 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. 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. 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, 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. zákonný zástupca maloletého poisteného. Poist'ovňa uhradí poistenému náklady na vyhotovenie správy lekára zvýšením sumy poistného plnenia o 5,00 EUR.**

**Správa ošetrojúceho lekára o vážnej chorobe, resp. o zmene zdravotného stavu poistenej osoby, pre ktorý bolo odobraté vodičské oprávnenie**

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
- vypracoval správu o vážnej chorobe, resp. dôvodu nepriaznivého zdravotného stavu 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 .....

Výšetrenie, ktorým bolo vážne ochorenie diagnostikované .....

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

Dôvod, pre ktorý bolo odobraté vodičské oprávnenie .....

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

Došlo k vzniku vážneho ochorenia 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 a podpis ošetrojúceho lekára