

**Oznámenie o vzniku poistnej udalosti pre prípad onkologickej choroby**

Poišťovňa pristúpi k posúdeniu nároku na poistné plnenie až po predložení základných nevyhnutných podkladov k uplatneniu nároku, ktorými sú:

- vyplnené a odborným lekárom potvrdené tlačivo poišťovne,
- kópia histologického vyšetrenia,
- kópia lekárskej správy od odborného lekára potvrdzujúca dátum prvotných príznakov ochorenia,
- kópia lekárskej správy z vyšetrení preukazujúce rozvoj ochorenia,
- kópia prepúšťacích správ z hospitalizácií, príp. kópie lekárskeho správ z iných vyšetrení.

Náklady spojené so zaoštaraním podkladov k uplatneniu si nároku na poistné plnenie, vrátane úradne overeného prekladu (v prípade, že lekárske doklady sú v inom ako slovenskom jazyku) alebo odborného lekárskeho potvrdenia znáša poistený. Popísané doklady k hláseniu poistnej udalosti spolu s tlačivom poišťovne pošlite na adresu: KOOOPERATIVA poišťovňa, 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 .....

☎ ..... e- mail: .....

**Údaje o zmene zdravotného stavu, chorobe - vyplňuje poistený**

Dátum diagnostikovania onkologickej choroby .....

Názov onkologickej diagnózy, štádium .....

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

Popis prvotných príznakov ?.....

Druh ťažkostí v momentálnom štádiu ochorenia, resp. v čase uplatnenia nároku: .....

.....

Akú liečbu ste v dôsledku onkologickej choroby podstúpili? .....

.....

Diagnostika vykonaná v (adresa): .....

Meno a priezvisko lekára, ktorý diagnózu stanovil .....

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia: .....

..... ☎ .....

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

Meno a priezvisko zákonného zástupcu .....

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 poišťovňa, 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 poišťovňa 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 výplate poistného plnenia - vyplňuje poistený**

Poistné plnenie žiadam poukázať:

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

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](http://www.koop.sk).

Vzhľadom na druh poistenia, žiadam ošetrojúceho lekára o uvedenie presnej diagnózy choroby na druhej strane oznámenia a to aj v prípade, že pôjde o diagnózu, ktorá sa zvyčajne pacientom v plnom rozsahu neoznamuje.

V..... dňa .....

.....  
úradne overený podpis poisteného  
resp. zák. 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.

## Správa ošetrojúceho lekára o onkologickej chorobe

Ošetrojúci lekár MUDr. ....

Názov a adresa zdrav. Zariadenia .....

☎ ..... e-mail .....

Ošetrojúci lekár potvrdzuje, že poisteného ..... rod. č. ....

ošetroval poisteného a diagnostikoval ochorenie

vypracoval správu poistenému zo zdravotnej dokumentácie

Dátum diagnostikovania onkologického ochorenia .....

Diagnóza ochorenia (popis slovom a presným kódom diagnózy podľa MKCH) .....

Uvedenie štádia onkologického ochorenia v čase uplatnenia nároku poisteným .....

Prehľad a popis liečby .....

Druh vyšetrení, ktoré boli poistenému vykonané v súvislosti s onkologickým ochorením .....

Presný popis druhu ťažkostí, resp. zmeny zdravotného stavu, ktoré viedli k vzniku onkologického ochorenia .....

Dátum prvotných príznakov, ktoré viedli k vzniku onkologického ochorenia .....

Bola vykonaná operácia?  nie  áno Aká a Kedy?.....

Bol poistený hospitalizovaný?  nie  áno Od ..... do .....

Kde? .....

Môžete vylúčiť úmyselné sebapoškodenie poisteného, resp. pokus o samovraždu?

áno  nie Prečo? .....

Došlo k vzniku onkologického ochorenia v súvislosti s nadmerným užívaním alkoholických nápojov, návykových omamných alebo psychotropných látok alebo liekov, ktoré neboli predpísané lekárom?

nie  áno Akých? .....

Došlo k vzniku onkologického ochorenia v dôsledku AIDS alebo infekcie HIV?  nie  áno

Došlo k vzniku onkologického ochorenia v dôsledku jadrového žiarenia, jadrovej reakcie alebo rádioaktívnej kontaminácie?

nie  áno

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

V ..... dňa .....

.....  
pečiatka a podpis ošetrojúceho lekára