





## OZNAMENIE O VZNIKU NEPRETRŽITEJ PRACOVNEJ NESCHOPNOSTI V POISTENÍ DLŽNÍKA ÚVERU

K posúdeniu nároku na poistné plnenie je nevyhnutné predložiť vyplnené tlačivo poisťovne s potvrdením lekára o pracovnej neschopnosti dlhšej ako 2 mesiace, s potvrdením Vášho zamestnávateľa a s potvrdením poskytovateľa úveru o výške a periodicite splátok na druhej strane tlačiva. V prípade trvania práceneschopnosti bude potrebné mesačne predkladať potvrdenie lekára o trvaní práceneschopnosti na tlačivo poisťovne, vždy k výročnému dňu vzniku nároku, vrátane potvrdenia od zamestnávateľa o nepretržitom trvaní pracovného pomeru.

Náklady spojené s predložením požadovaných podkladov znáša poistený, resp. oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia. Požadované doklady zašlite na adresu: KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, najneskôr do 3 dní od vzniku nároku na plnenie.

<b>Údaje o poistenom (vyplňuje poistený)</b>	
Číslo poistnej zmluvy .....	.....
Priezvisko, meno poisteného .....	.....rodné číslo .....
Adresa .....	..... PSČ .....
 .....	..... e-mail .....
<b>Údaje o pracovnej neschopnosti dlhšej ako 2 mesiace (vyplňuje poistený)</b>	
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) .....	
.....	
Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uveďte všetky dg.) .....	
Došlo k poistnej udalosti vplyvom alkoholu, nesprávnych dávok liekov alebo omamných látok? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
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 .....	
Došlo k poistnej udalosti v príčinnej súvislosti s profesionálnym vykonávaním športu? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno	
<input type="checkbox"/> <b>choroby</b>	
Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých diagnóz uveďte všetky dg.) .....	
Liečili ste sa alebo Vám bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo v dôsledku ochorenia (ochorení), pre ktoré ste boli PN? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno Ak áno v čase od .....do .....	
Adresa lekára, resp. zdravotníckeho zariadenia, kde ste sa liečili .....	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia .....	
..... 	

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 poisťovni 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).

V..... dňa .....  
úradne overený podpis 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.



**Potvrdenie ošetrujúceho lekára o pracovnej neschopnosti** – vyplňuje sa iba v prípade, že nemohla byť pracovná neschopnosť vystavená (študent, domáca a pod.)

Ošetrujúci lekár MUDr. .... Názov a adresa zdrav. zariadenia.....

PSČ ..... e-mail .....

Potvrdzujem pracovnú neschopnosť poisteného ..... rod. č. ....

z dôvodu liečenia choroby alebo úrazu, ktorá trvala od ..... do ..... vrátane

Diagnóza (v prípade PN v dôsledku viacerých ochorení, prosíme uviesť všetky dg.) .....

Došlo v priebehu liečenia ku komplikáciám, ktoré mali za následok predĺženie liečenia nad obvyklú dobu?

áno Aké komplikácie? .....

nie

Liečil sa poistený alebo mu bolo poskytnuté ošetrovanie, vyšetrenie, príp. poradenstvo na uvedené ochorenie (ochorenia) v posledných troch rokoch?

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

Vznikol úraz alebo choroba (choroby), pre ktoré bol poistený práceneschopný, v dôsledku:

1. vplyvu alkoholu, omamných, či toxických látok

áno Akých? ..... ‰ alkoholu v krvi

nie

2. úmyselného sebaopoškodenia, pokusu o samovraždu alebo úmyselného privodenia choroby

áno

nie

3. profesionálneho vykonávania športu

áno

nie

4. doliečovacieho, rehabilitačného, rekondičného, klimaticko – roburačného pobytu

áno od ..... do .....

nie

5. kúpeľnej liečby

áno

nie

6. tehotenstva alebo pôrodu, umelého prerušenia tehotenstva a potratu

áno

nie

7. liečenia závislostí, vrátane odvykacích kúr

áno

nie

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

V ..... dňa .....

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