

### Inštrukcie pre klienta

Prvá a druhá strana tlačiva – body 1] až 6] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum podpisu a oznámenie podpísať. Kompletne vyplnené tlačivo spolu s požadovanými dokladmi zašlite na adresu: Poštová poisťovňa, a. s., Dvořákovo nábrežie 4, 818 03 Bratislava 16.

#### Dôležité upozornenia:

Pre úhradu ďalších čiastkových poisťných plnení bude potrebné preukazovať poisťovní trvanie nezamestnanosti raz za kalendárny mesiac [najneskôr do 5. dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, počas ktorého bol poistený nezamestnaný].

Dátum uzavretia poistenia [dátum podpisu zmluvy / dodatku]

### 1] Identifikačné údaje poisteného

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Rodné číslo	<input type="text"/>	Tel. kontakt	<input type="text"/>	E - mail	<input type="text"/>
Korešpondenčná adresa <sup>1]</sup> [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Zdravotná poisťovňa	<input type="text"/>				
Druh činnosti vykonávanej v zamestnaní	<input type="text"/>				

#### Údaje o všeobecnom, resp. praktickom lekárovi alebo lekárovi zamestnávateľa poisteného

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Tel. kontakt	<input type="text"/>
Adresa [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>

### 2] Identifikačné údaje osoby oznamujúcej poisťnú udalosť [vyplňte, len ak nie je totožná s poisteným]

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Adresa [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Tel. kontakt	<input type="text"/>	E - mail	<input type="text"/>		
Vzťah k poistenému	<input type="text"/>				

### 3] Číslo účtu na úhradu poisťného plnenia

- **SIPO poistenie** – číslo účtu pre poisťné plnenie je číslo účtu Poštovej karty a variabilný symbol je číslo Poštovej karty, ku ktorej bolo poistenie zriadené.
- Ak si želáte zasláť poisťné plnenie na iný účet, prosím, uveďte:

Číslo účtu	<input type="text"/>	Kód banky	<input type="text"/>
Číslo účtu v tvare IBAN <sup>2]</sup>	<input type="text"/>		

<sup>1]</sup> vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

<sup>2]</sup> ak ste neuviedli číslo účtu v tvare číslo účtu a kód banky, uveďte číslo účtu v tvare IBAN

#### 4] Poistná udalosť

Uvedte dôvod rozviazania pracovného pomeru poisteného

Uvedte dátum prevzatia písomného oznámenia zamestnávateľa o rozviazaní prac. pomeru poisteným – deň, mesiac a rok

Uvedte dátum registrácie poisteného v evidencii uchádzačov o zamestnanie na úrade práce – deň, mesiac a rok

Uvedte obchodné meno, adresu, tel. kontakt a e-mail zamestnávateľa, u ktorého bol poistený naposledy zamestnaný

Uvedte dobu trvania pracovného pomeru u zamestnávateľa, u ktorého bol poistený naposledy zamestnaný

od – do

Uvedte adresu úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, na ktorom je poistený vedený v evidencii uchádzačov o zamestnanie

Bol vznik straty zamestnania zapríčinený vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov?

Áno

Nie

Bol poistenému priznaný starobný dôchodok

Áno

Nie

Uvedte dátum od kedy

Bol poistenému priznaný invalidný dôchodok

Áno

Nie

Uvedte dátum od kedy

Bola poistenému priznaná úrazová renta

Áno

Nie

Uvedte dátum od kedy

#### 5] Požadované doklady [krížikom označte tie, ktoré priložiate]

- pracovná zmluva vrátane všetkých jej dodatkov – kópia
- doklad o rozviazaní pracovného pomeru – kópia
- potvrdenie o zápočte rokov – kópia
- doklad preukazujúci priznanie starobného dôchodku, invalidného dôchodku alebo úrazovej renty [ak mu bol/a priznaný/á]
- overená kópia Oznámenia o zaradení občana do evidencie uchádzačov o zamestnanie z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny
- rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní / nepriznaní podpory [dávky] v nezamestnanosti – kópia
- iné [uvedte aké]

#### 6] Vyhlásenie oznamovateľa [pre účely tohto tlačiva sa oznamovateľom rozumie osoba oznamujúca poistnú udalosť, t. j. poistený alebo iná osoba podpisujúca toto oznámenie]

Oznamovateľ svojím podpisom potvrdzuje, že všetky jeho odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a žiadne informácie podstatné pre likvidáciu poistnej udalosti nezamieľal a je si vedomý /á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a / alebo odpovedí na otázky poisťovne.

V prípade vyplnenia tohto oznámenia bude Poštová poisťovňa, a. s., Dvořákovo nábrežie 4, 811 02 Bratislava, IČO: 31 405 410 [ďalej len „poisťovňa“] spracúvať osobné údaje uvedené v tomto oznámení.

Poisťovňa má podľa zákona o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov oprávnenie aj bez súhlasu a informovania dotknutých osôb spracúvať osobné údaje [ďalej len „údaje“ alebo „osobné údaje“] klientov, a to na účel identifikácie klientov a ich zástupcov a zachovania možnosti následnej kontroly tejto identifikácie, na účel uzavierania poistných zmlúv a správy poistenia medzi poisťovňou a jej klientmi, na účel ochrany a domáhania sa práv poisťovne voči jej klientom, na účel zdokumentovania činnosti poisťovne, na účel výkonu dohľadu nad poisťovňami a nad ich činnosťami a na plnenie povinností a úloh poisťovne, ktoré jej vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Na toto spracovanie nie je potrebný súhlas klienta a poisťovňa je oprávnená požadovať poskytnutie osobných údajov na tento účel.

Údaje môžu byť zverené na spracovanie najmä zmluvným partnerom a zmluvným zástupcom poisťovne v oblasti správy poistenia, napríklad zabezpečujúcim komunikáciu a korešpondenčný styk s klientom, telefonickú informačnú službu [výslovne spoločnosti Poštová banka, a.s., Dvořákovo nábrežie 4, 811 02 Bratislava, IČO: 31 340 890], alebo údržbu a rozvoj informačných systémov poisťovne [výslovne spoločnosti AIS Software, a.s., Provozničkova 84, 613 00 Brno, Česká republika, IČO: 60 744 511]. Aktuálny zoznam zmluvných partnerov, ktorí boli poverení spracovaním osobných údajov, je uvedený na internetovej stránke poisťovne [www.postovapoistovna.sk].

Údaje môžu byť predmetom cezhraničného prenosu osobných údajov do krajín členských štátov Európskej únie.

Práva osoby, ktorej osobné údaje sú spracúvané, sú uvedené v § 28 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov. Na základe písomnej žiadosti môže dotknutá osoba od poisťovne požadovať najmä: potvrdenie, či sú alebo nie sú osobné údaje o nej spracované, informácie o stave spracúvania svojich osobných údajov, informácie o zdroji, z ktorého boli získané osobné údaje, zoznam osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania, opravu nesprávnych, neúplných alebo neaktuálnych osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania a likvidáciu jej osobných údajov, ak bol splnený účel ich spracúvania alebo ak došlo k porušeniu zákona o ochrane osobných údajov.

Vyhlásenie oznamovateľa, ktorý je zároveň poisteným: Splnomocňujem poisťovňu, aby pre potrebu šetrenia poistnej udalosti vyžadovala potrebné informácie a dokumentáciu o mojom zdravotnom stave a súčasne týmto splnomocňujem všetkých poisťovňou oslovených lekárov, zdravotnícke zariadenia, zdravotné poisťovne a Sociálnu poisťovňu na poskytnutie požadovaných informácií a vyhotovenie požadovaných lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo ich zapožičanie. Lekárov a zdravotnícke zariadenia, ktoré poisťovňa o uvedené informácie požiada, týmto oslobodzujem od povinnosti zachovávať mlčanlivosť.

Miesto a dátum podpisu oznámenia

Meno, priezvisko a podpis oznamovateľa