

Oznámenie poistnej udalosti [krížikom označte druh poistnej udalosti]

- Pracovná neschopnosť následkom úrazu Invalidita následkom úrazu

Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá, druhá a tretia strana tlačiva – body 1] až 6] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum a oznámenie podpísať,
- štvrtá strana tlačiva – bod 7] oznámenia, je určený na vypísanie všeobecným, praktickým, resp. ošetrojúcim lekárom poisteného.

Vami vyplnené oznámenie [body 1] až 6]] spolu s požadovanými dokladmi uvedenými v bode 4b] alebo 5b], predložte lekárovi, ktorý doplní bod 7] tlačiva a potvrdí údaje svojím podpisom a pečaťou.

Kompletne vyplnené tlačivo spolu s požadovanými dokladmi zašlite na adresu: Poštová poisťovňa, a. s., Dvořákovo nábrežie 4, 818 03 Bratislava 16.

Pozn.: Ak ste uhradili poplatok za vyplnenie údajov o zdravotnom stave poisteného, priložte originál dokladu o jeho uhradení. Poplatok môže byť refundovaný do maximálnej výšky stanovenej internými predpismi poisťovne.

Dôležité upozornenia:

Pre úhradu ďalších čiastkových poistných plnení bude potrebné do poisťovne zasielať každý mesiac potvrdenie o pokračovaní pracovnej neschopnosti [najneskôr do 5. dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, počas ktorého bol poistený práceneschopný].

Dátum uzavretia poistenia [dátum podpisu žiadosti / 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 ^{1]} [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 poistnú 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 poistného plnenia

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

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

^{1]} vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

^{2]} ak ste neuviedli číslo účtu v tvare číslo účtu a kód banky, uveďte číslo účtu v tvare IBAN

4a] Poistná udalosť pracovná neschopnosť následkom úrazu

Uveďte deň, mesiac a rok vzniku pracovnej neschopnosti [PN]

PN nastala v dôsledku úrazu – uveďte deň, mesiac a rok, kedy sa úraz stal

Ak ide o následky úrazu z minulosti, uveďte, o aký úraz išlo a tiež deň, mesiac a rok, kedy sa stal

dopravnej nehody – uveďte deň, mesiac a rok dopravnej nehody

pokusu o samovraždu – uveďte deň, mesiac a rok pokusu o samovraždu

Bol poistený už v minulosti PN z rovnakého dôvodu ako teraz? Áno Nie Ak áno, uveďte dátum trvania PN od – do

Bol poistený k dátumu vzniku PN zamestnaný? Áno Nie

Bol poistený k dátumu vzniku PN na materskej / rodičovskej dovolenke? Áno Nie

Bol vznik PN zapríčinený vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov? Áno Nie

Bol poistenému priznaný starobný dôchodok? Áno Nie Uveďte dátum od kedy

Bol poistenému priznaný invalidný dôchodok? Áno Nie Uveďte dátum od kedy

Bola poistenému priznaná úrazová renta? Áno Nie Uveďte dátum od kedy

Uveďte opis okolností vzniku PN zapríčinenej úrazom, dopravnou nehodou alebo pokusom o samovraždu

Ak poistnú udalosť vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uveďte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu, kontaktnú osobu a číslo vyšetrovacieho spisu

4b] Požadované doklady k poistnej udalosti pracovná neschopnosť následkom úrazu [krížikom označte tie, ktoré prikladáte]

- potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti [l. časť] – kópia lekárom vystaveného dokladu
- zdravotná dokumentácia z priebehu liečby úrazu vr. dokladu z prvotného ošetrenia úrazu
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- doklad preukazujúci priznanie starobného dôchodku – kópia dokladu [ak je poistený starobný dôchodca]
- doklad preukazujúci priznanie invalidného dôchodku – kópia dokladu [ak je poistený invalidný dôchodca]
- doklad preukazujúci priznanie úrazovej renty – kópia dokladu [ak je poistený poberateľom úrazovej renty]
- iné [uveďte aké]

5a] Poistná udalosť invalidita následkom úrazu

Uveďte deň, mesiac a rok vzniku invalidity

Invalidita nastala v dôsledku úrazu – uveďte deň, mesiac a rok, kedy sa stal úraz

dopravnej nehody – uveďte deň, mesiac a rok dopravnej nehody

pokusu o samovraždu – uveďte deň, mesiac a rok pokusu o samovraždu

Bola invalidita spôsobená vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov? Áno Nie

Bol poistenému priznaný starobný dôchodok? Áno Nie Uveďte dátum od kedy

Bola poistenému priznaná úrazová renta? Áno Nie Uveďte dátum od kedy

Uveďte opis okolností vzniku invalidity následkom úrazu

Ak udalosť súvisiacu so vznikom invalidity poisteného vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uveďte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu, kontaktnú osobu a číslo vyšetrovacieho spisu

5b) Požadované doklady k poistnej udalosti invalidita následkom úrazu [krížikom označte tie, ktoré prikladáte]

- právoplatné rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní invalidného dôchodku** – úradne overená kópia dokladu
- lekárska správa posudkového lekára z pobočky Sociálnej poisťovne [Zápisnica, Posudok]** – kópia dokladu
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- protokol alebo uznesenie**, ak udalosť vyšetrovala polícia
- súdne rozhodnutie, ak ide o trestný čin** [uvedte aký]
- 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 nezamätal 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., Provazníkova 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

7] Údaje o zdravotnom stave poisteného [čitateľne vyplní a potvrdí všeobecný, praktický, resp. ošetrujúci lekár poisteného

Rodné číslo

Meno a priezvisko poisteného

Prvé lekárske ošetrovanie bolo vykonané, uveďte:

Údaje o lekárovi, ktorý poskytol prvé ošetrovanie úrazu

Priezvisko

Meno

Titul

Adresa ambulancie
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Deň vystavenia dokladu PN

Číslo dokladu PN

PN od

Práce schopný od

Je poistený v súčasnosti PN?

Nie Áno

Kód dg podľa MKCH / dg. slovom

Začiatok PN

Bol poistený uznaný invalidným?

Áno Uveďte dátum od kedy a mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť

Nie Čaká na posúdenie od dátumu

Požiadal poistený o priznanie úrazovej renty? Nie Áno Úrazová renta bola priznaná [deň, mesiac, rok]

Podrobne opíšte telesné poškodenia a ich rozsah

Opíšte nález z vyšetrenia zo dňa

[RTG, CT, USG, Nukleárna magnetická rezonancia, Audio, Perimeter a pod.]

Podrobne opíšte spôsob a druh liečenia, prípadné komplikácie, resp. prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia

Bol poistený hospitalizovaný?

Nie Áno

Ak áno, uveďte od

do

Vznikol úraz pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok? Nie Áno Ak áno, uveďte množstvo alkoholu v krvi [v %] alebo názov omamnej látky

Napište príznaky požitia alkoholu alebo omamných látok u poisteného. Do akej miery ovplyvnil požitý alkohol/návyková látka správanie poisteného, resp. do akej miery to malo vplyv na vznik úrazu a trvanie PN?

Bola postihnutá časť tela poškodená už pred týmto úrazom?

Nie Áno

Ak áno, uveďte dátum, príčinu a rozsah poškodenia

Do akej miery ovplyvnilo dĺžku PN ochorenie, ktorým poistený trpel pred vznikom úrazu? Uveďte o aké ochorenie išlo a dobu, o ktorú sa PN predĺžila v tomto prípade (od – do)

Doplňujúce zdravotné oznámenie ošetrujúceho lekára

8] Čestné vyhlásenie ošetrujúceho lekára

Ako ošetrujúci lekár poisteného vyhlasujem, že všetky moje odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a nezamlčal som žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného.

V prípade požiadavky revízneho lekára poisťovne vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu a zapožičanie snímok RTG poisteného pre potreby objektívneho posúdenia trvalých následkov revíznym lekárom poisťovne.

Miesto a dátum

Telefonický kontakt ošetrujúceho lekára poisteného

Podpis a pečiatka lekára