

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 ^{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 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"/>				

[ďalej len „oznamovateľ“]

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 zaslať poisťné 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"/>		

4] Poisťná udalosť

Uveďte dôvod rozviazania pracovného pomeru poisteného

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

^{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

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 prikladáte]

- pracovná zmluva vrátane všetkých jej dodatkov – kópia
- doklad o rozvzataní 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 poisteného/ oznamovateľa, informácie pre oznamovateľa o spracúvaní jeho osobných údajov

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

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

Osobou poverenou dohľadom nad ochranou osobných údajov v poisťovni je Data protection Officer [ďalej aj „DPO“]. Oznamovateľ môže uplatniť svoje práva v oblasti ochrany osobných údajov, podať podnety a/alebo otázky týkajúce sa spracúvania osobných údajov alebo iné súvisiace otázky u DPO e-mailom zaslaným na adresu: dpo@postpo.sk, písomne listom zaslaným na adresu sídla poisťovne alebo osobne v sídle poisťovne.

Právnym základom na spracúvanie osobných údajov oznamovateľa poisťovňou je predovšetkým zákon č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Poisťovňa spracúva osobné údaje oznamovateľa najmä na účely identifikácie oznamovateľa, likvidácie poisťovných udalostí alebo škodových udalostí zo strany poisťovne, zdokumentovania činnosti poisťovne, výkonu dohľadu nad poisťovňami a nad ich činnosťami a na plnenie povinností a úloh poisťovne, ktoré jej vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov.

Oznamovateľ má povinnosť poisťovni poskytnúť a umožniť získať kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním osobné údaje, ako aj ďalšie údaje požadované poisťovňou.

Poisťovňa je aj bez súhlasu a informovania oznamovateľa oprávnená prístupniť a poskytnúť osobné údaje oznamovateľa osobám a orgánom voči, ktorým má zákonom uloženú povinnosť ich poskytnúť. Ide najmä o tieto subjekty: súdy, orgány činné v trestnom konaní, exekútori, Národná banka Slovenska, notári, finančná správa, a iné subjekty uvedené v ZoP alebo v osobitných predpisoch, resp. právne záväzných aktoch Európskej únie. Údaje môžu byť zverené aj na spracovanie zmluvným partnerom zabezpečujúcim komunikáciu a korešpondenčný styk s oznamovateľom a telefonickú informačnú službu. Aktuálny zoznam zmluvných partnerov, ktorí boli poverení spracovaním osobných údajov, je uvedený na internetovej stránke poisťovne [www.postovapoisťovna.sk] v časti Spracovanie osobných údajov.

Osobné údaje oznamovateľa bude poisťovňa spracúvať počas trvania poistenia a po dobu nevyhnutnú na uplatnenie práv poisťovne z poisťovnej zmluvy, resp. na plnenie povinností poisťovne podľa všeobecne záväzných právnych predpisov, najmenej však 5 rokov odo dňa zániku poistenia.

Osobné údaje môžu byť predmetom cezhraničného prenosu osobných údajov do krajín, ktoré sú členmi Európskej únie alebo ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany.

Oznamovateľ má najmä právo požadovať od poisťovne potvrdenie, či poisťovňa spracováva jeho osobné údaje a zoznam týchto údajov, prístup k osobným údajom a všeobecné informácie o spracúvaní osobných údajov a informácie o zdroji osobných údajov, právo na opravu nesprávnych osobných údajov, na vymazanie osobných údajov, okrem osobných údajov, na ktoré sa toto právo podľa právnych predpisov nevzťahuje, právo na obmedzenie spracúvania osobných údajov, právo na prenosnosť osobných údajov [t.j. právo získať osobné údaje, v štruktúrovanom, bežne používanom a strojovo čitateľnom formáte a právo preniesť tieto osobné údaje ďalšiemu prevádzkovateľovi, ak je to technicky možné], právo podať sťažnosť na poisťovňu alebo návrh na začatie konania podľa § 100 ZOOU na Úrad na ochranu osobných údajov pre porušenie práv pri spracúvaní osobných údajov alebo pre porušenie právnych predpisov v oblasti ochrany osobných údajov.

Komplexné aktuálne informácie o spracúvaní osobných údajov poisťovňou sa nachádzajú na internetovej stránke poisťovne [www.postovapoisťovna.sk] v časti Spracovanie osobných údajov.

Miesto a dátum podpisu oznámenia

Meno, priezvisko a podpis oznamovateľa