

**Poistenie schopnosti splácať úver  
Poistenie schopnosti splácať úver na bývanie**

Oznámenie poistnej udalosti [krížikom označte uzatvorený produkt poistenia]

Poistenie schopnosti splácať úver

Poistenie schopnosti splácať úver na bývanie

**Návod na vyplnenie tlačiva**

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

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

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

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:**

Spĺátky úveru uhrádzajte naďalej, až do oznámenia o ukončení šetrenia poistnej udalosti. O ukončení šetrenia poistnej udalosti Vás budeme informovať listom.

Dátum uzavretia poistenia [dátum podpisu zmluvy o úvere, resp. dodatku o poistení]

**1] Identifikačné údaje poisteného**

|   |                      |              |                      |          |                      |
|---|----------------------|--------------|----------------------|----------|----------------------|
| Priezvisko  | <input type="text"/> | Meno         | <input type="text"/> | Titul    | <input type="text"/> |
| Adresa trvalého bydliska<br>[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><br>[ulica, číslo, obec] | <input type="text"/> |              |                      | PSČ      | <input type="text"/> |
| Zdravotná poisťovňa   | <input type="text"/> |              |                      |          |                      |
| Druh činnosti vykonávanej<br>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<br>[ulica, číslo, obec] | <input type="text"/> |      |                      | PSČ          | <input type="text"/> |

**Údaje o odbornom lekárovi poisteného**

|                                |                      |      |                      |              |                      |
|--------------------------------|----------------------|------|----------------------|--------------|----------------------|
| Priezvisko                     | <input type="text"/> | Meno | <input type="text"/> | Tel. kontakt | <input type="text"/> |
| Adresa<br>[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<br>[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 poistného plnenia**

**Pre úvery schválené od 1.4.2009** číslo účtu pre poistné plnenie je číslo úverového účtu, ku ktorému bolo poistenie zriadené.

**Pre úvery schválené do 31.3.2009** prosím uveďte číslo účtu, na ktorý žiadate zaslať poistné plnenie:

|                                       |                      |           |                      |
|---------------------------------------|----------------------|-----------|----------------------|
| 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

Uveďte deň, mesiac a rok vzniku invalidity

Invalidita nastala v dôsledku  choroby – uveďte deň, mesiac a rok diagnostikovania choroby

úrazu – uveďte deň, mesiac a rok úrazu

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 už poistenému priznaný starobný dôchodok?  Áno  Nie Čaká na jeho priznanie od – uveďte deň, mesiac a rok

Bola už poistenému priznaná úrazová renta?  Áno  Nie Čaká na jej priznanie od – uveďte deň, mesiac a rok

Uveďte opis okolností vzniku invalidity poisteného [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]

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

- právoplatné rozhodnutie Sociálnej poisťovne** – úradne overená kópia dokladu
- lekárska správa posudkového lekára** – 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** [uveďte aký]
- iné** [uveďte 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 poistnej udalosti nezamýšľal 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., Dvořákov nábřeží 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 poistných 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 poistnej 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

**7] Údaje o zdravotnom stave poisteného** [čitateľne vyplní a potvrdí všeobecný, resp. praktický lekár poisteného, pri nedostatku miesta pokračujte v bode 7c]

Meno a priezvisko poisteného

Rodné číslo poisteného

Výška poisteného v cm

Váha poisteného v kg

Dátum merania

**7a] Identifikácia choroby / úrazu, v dôsledku ktorej / ktorého vznikla poistná udalosť**

Uvedte diagnózu, v dôsledku ktorej vznikla poistná udalosť – uvedte jednotlivé diagnózy a rozpätie ich trvania počas práceneschopnosti [PN]

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od - do

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od - do

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od - do

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od - do

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od - do

Bola v minulosti u poisteného diagnostikovaná [resp. dokladovaná v dokumentácii] vyššie uvedená choroba / úraz? Ak áno, kedy prvýkrát:

Kód dg.

  


Dátum od

  


Kód dg.

  


Dátum od

  


Kód dg.

  


Dátum od

  


Kód dg.

  


Dátum od

  


**7b] Zdravotný stav poisteného k dátumu uzatvorenia poistenia** [deň, mesiac, rok podpisu žiadosti / zmluvy / dodatku]

Uvedte, ktoré choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal / dodnes má zistené a kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii: psychická porucha vrátane závislostí, epilepsia, infarkt myokardu, kardiomyopatia, trombóza, diabetes mellitus [cukrovka], ischemická choroba dolných končatín alebo srdca, angina pectoris, ateroskleróza, cievne choroby mozgu, pľúcna embólia, zhubný novotvar [nádor], rakovina, ochrnutie, HIV/AIDS, Crohnova choroba, choroby pečene, choroby centrálnej nervovej sústavy [mozog, miecha, vrátane Parkinsonovej choroby, Alzheimerovej choroby, sklerózy multiplex], chronické ochorenie obličiek, encefalitída, astma, chronická obštrukčná choroba pľúc a priedušiek, chronické ochorenie pankreasu [podžalúdkovej žľazy].

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Kód dg. / dg. slovom

Dátum od

Je poistený v súčasnosti PN?

Nie  Áno

Ak áno uvedte diagnózu slovom a dátumom začiatku PN.

Kód dg. / dg. slovom

Začiatok PN

Užíva / al poistený pravidelne lieky?  Nie  Áno Ak áno, uvedte názov lieku, dávkovanie, začiatok a koniec užívania a diagnózu, kvôli ktorej ich užíva / al.

| Začiatok lekárskeho dohľadu | Diagnóza | Dátum prvého diagnostikovania | Názov lieku | Užívanie od - do |
|-----------------------------|----------|-------------------------------|-------------|------------------|
|                             |          |                               |             |                  |
|                             |          |                               |             |                  |
|                             |          |                               |             |                  |

Je / bol poistený hospitalizovaný v nemocnici alebo v inom zdravotníckom zariadení?  Nie  Áno Ak áno, uvedte diagnózu a odkedy.

Kód dg. / dg. slovom

Začiatok hospitalizácie

Uvedte PN s diagnózami a trvaním PN v období 3 rokov pred dátumom uzatvorenia poistenia [dátumom podpisu žiadosti / zmluvy / dodatku].

| Diagnóza | Začiatok PN | Koniec PN | Diagnóza | Začiatok PN | Koniec PN |
|----------|-------------|-----------|----------|-------------|-----------|
|          |             |           |          |             |           |
|          |             |           |          |             |           |
|          |             |           |          |             |           |

Bol poistený uznaný invalidným a/alebo osobou so zmenenou pracovnou schopnosťou a/alebo osobou s ťažkým zdravotným postihnutím?

Áno Uvedte 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]

**7c] Miesto na doplnenie**

**7d] Čestné vyhlásenie všeobecného, resp. praktického lekára poisteného**

Všeobecný, resp. praktický lekár poisteného čestne vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a nezamlčal žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného, čo potvrdzuje svojim podpisom.

Miesto a dátum vyplnenia údajov o zdravotnom stave

Podpis a pečiatka lekára

Vaše prípadné otázky zodpovieme na tel. čísle **02 3300 0031**.