

Poistenie pohrebných nákladov

Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá, druhá a tretia strana tlačiva – body 1] až 5] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum podpisu a oznámenie podpísať,
- štvrtá a piata strana tlačiva – príloha o zdravotnom stave, je určená na vypísanie všeobecným, resp. praktickým lekárom poisteného. **Vypíňa sa iba vtedy, pokiaľ mal poistený uzatvorené Poistenie pohrebných nákladov do 16.09.2018.**

Vami čitateľne vyplnené oznámenie paličkovým písmom [body 1] až 5] spolu s požadovanými dokladmi uvedenými v bode 4], predložte lekárovi, ktorý doplní prílohu o zdravotnom stave a potvrdí údaje svojim 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.

Poistná zmluva č.

Dátum vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy

1] Identifikačné údaje poisteného

Priezvisko

Meno

Titul

Adresa trvalého bydliska  
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Rodné číslo

Zdravotná poisťovňa

Druh činnosti vykonávanej  
v zamestnaní

Údaje o všeobecnom, resp. praktickom lekárovi

Priezvisko

Meno

Tel. kontakt

Adresa  
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Údaje o odbornom lekárovi poisteného

Priezvisko

Meno

Tel. kontakt

Adresa  
[ulica, číslo, obec]

PSČ

2] Identifikačné údaje osoby oznamujúcej poistnú udalosť [ďalej len „oznamovateľ“]

Priezvisko

Meno

Titul

Adresa  
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Rodné číslo \*

Tel. kontakt

E - mail

Vzťah k poistenému

Druh dokladu totožnosti\*

číslo dokladu totožnosti\*

Štátna príslušnosť\*

Číslo účtu v tvare IBAN\*

3] Poistná udalosť

Uvedte deň, mesiac a rok úmrtia

Úmrtie nastalo v dôsledku

choroby – uvedte deň, mesiac a rok diagnostikovania choroby

úrazu – uvedte deň, mesiac a rok úrazu

dopravnej nehody – uvedte deň, mesiac a rok dopravnej nehody

samovraždy – uvedte deň, mesiac a rok samovraždy

Bolo úmrtie spôsobené vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov?  Áno  Nie

\* vyplní oznamovateľ, ktorý je súčasne oprávnenou osobou na poistné plnenie

Uvedte opis okolností úmrtia poisteného [ak úmrtie poisteného vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uvedte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu, kontaktnú osobu a číslo vyšetrovacieho spisu]

**4] Požadované doklady [krížikom označte tie, ktoré priložate]**

- úmrtný list poisteného** – originál alebo úradne overená kópia dokladu [**vždy potrebné priložiť**]
- list o prehliadke mŕtveho** – kópia dokladu [**vždy potrebné priložiť**]
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [potrebné priložiť len ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- pítevná správa** – kópia dokladu [potrebné priložiť len ak bola vykonaná súdna pitva]
- súdno-znalecký posudok** – kópia dokladu [potrebné priložiť len ak bol vyhotovený]
- protokol alebo uznesenie** [potrebné doložiť len ak udalosť vyšetrovala polícia]
- súdne rozhodnutie, ak ide o trestný čin** [uvedte aký]
- iné** [uvedte aké]

**5] Vyhlásenie a splnomocnenie oznamovateľa, informácie pre oznamovateľa o spracúvaní jeho osobných údajov**

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 nezamĺčal a je si vedomý /á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a / alebo odpovedí na otázky poisťovne.

Oznamovateľ splnomocňuje poisťovňu, aby pre potrebu šetrenia poistnej udalosti vyžadovala od ošetrojúcich lekárov poisteného, od zdravotníckych zariadení, v ktorých sa poistený liečil, od zdravotnej poisťovne poisteného a od Sociálnej poisťovne potrebné informácie a dokumentáciu o zdravotnom stave zosnulého poisteného. Oznamovateľ vyhlasuje, že vo vzťahu k zosnulému poistenému je osobou, ktorá je v zmysle príslušných všeobecne záväzných právnych predpisov oprávnená plnomocnenstvo udeliť.

V prípade vyplnenia tohto oznámenia 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 osobné údaje oznamovateľa 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 sprístupniť 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, telefonickú informačnú službu a poskytovanie asistenčných služieb. Aktuálny zoznam zmluvných partnerov, ktorí boli poverení spracúvaním osobných údajov, je uvedený na internetovej stránke poisťovne [www.postovapoistovna.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.postovapoistovna.sk] v časti Spracovanie osobných údajov.

V prípade, že oznamovateľ je súčasne osoba s právom na plnenie, oznamovateľ svojím podpisom potvrdzuje, že: a) nie je politicky exponovanou osobou v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z., osobou s osobitným vzťahom k Poisťovni v zmysle zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, ani sankcionovanou osobou v zmysle zákona č. 289/2016 Z. z. o vykonávaní medzinárodných sankcií a o doplnení zákona č. 566/2001 Z. z. o cenných papieroch a investičných službách a o zmene a doplnení niektorých zákonov (zákon o cenných papieroch) v znení neskorších predpisov, b) pri uplatňovanom nároku na poistné plnenie alebo výplatu odbytného koná vo vlastnom mene a na vlastný účet. V prípade, ak oznamovateľ vyhlásenie nemôže potvrdiť z dôvodu,

že je osobou s osobitným vzťahom k Poistovní a/alebo politicky exponovanou osobou, dotknutý text sa vyškrtnie a oznamovateľ je povinný uviesť podrobnosti na osobitných tlačivách. Ak oznamovateľ vyhlásenie nemôže potvrdiť z dôvodu, že je sankcionovanou osobou, v prípade nároku na poistné plnenie mu ho nie je možné vyplatiť.

Miesto a dátum podpisu oznámenia

Podpis oznamovateľa

V prípade, že oznámenie preberá zástupca Poistovne, tento svojím podpisom potvrdzuje, že: a) identifikoval oznamovateľa, v prípade, že je osobou oprávnenou na poistné plnenie], b) údaje uvedené v tomto oznámení zodpovedajú údajom uvedeným v doklade totožnosti predloženom oznamovateľom, c) overil podobu oznamovateľa, ktorá zodpovedá jeho podobe uvedenej v jej doklade totožnosti.

Miesto a dátum overenia identifikácie

Meno a priezvisko zástupcu Poistovne

Pečiatka a podpis zástupcu Poistovne

iba pre poistenie pohrebných nákladov uzatvorené do 16.09.2018  
oznámenie poistnej udalosti – príloha o zdravotnom stave

**Údaje o zdravotnom stave poisteného** [čitateľne vyplní a potvrdí všeobecný, resp. praktický lekár poisteného, pri nedostatku miesta pokračujte v bode 3]

Meno a priezvisko poisteného  Rodné číslo poisteného

Výška poisteného v cm  Váha poisteného v kg

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

Uveďte diagnózu, v dôsledku ktorej vznikla poistná udalosť – uveďte jednotlivé diagnózy a rozpätie ich trvania

Kód. dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód. dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód. dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód. dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód. dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>

Dátum vzniku danej choroby [t. j. dátum, kedy bola choroba prvýkrát diagnostikovaná, resp. dokladovaná v dokumentácii], ak išlo o úraz, uveďte dátum vzniku úrazu.

Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>	Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>	Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>

**2] Zdravotný stav poisteného k dátumu vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy** [deň, mesiac, rok]

Uveďte, ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal zistené [napr. psychická porucha, mentálna retardácia, choroby centrálného nervového systému [mozog, miecha, vrátane Parkinsonovej choroby, Alzheimerovej choroby, sklerózy multiplex], epilepsia, encefalitída, ischemická choroba srdca, infarkt myokardu, angína pectoris, arteriálna hypertenzia III. štádium, sekundárna hypertenzia, hypertenzia zo zúženia obličkovej tepny, kardiomyopatia, ischemická choroba dolných končatín, ateroskleróza, cievne choroby mozgu, trombóza, pľúcna embólia, chronická obštrukčná choroba pľúc a priedušiek, astma, chronické ochorenie pankreasu, chronické choroby obličiek, choroby štítnej žľazy, diabetes mellitus, zhubný novotvar [nádor], rakovina, ochrnutie, HIV/AIDS, syfilis, Crohnova choroba, choroby pečene] a kedy uvedené ochorenia začali [t. j. kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii]

Kód. dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód. dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód. dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód. dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód. dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>

Uveďte, či sa poistený k dátumu vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy:

- liečil na akútne ochorenie  Nie  Áno
- bol pripútaný na lekárske lôžko  Nie  Áno
- bol v ústavnej zdravotnej starostlivosti  Nie  Áno
- bol závislý na omamných, psychotropných látkach, alkohole a/alebo hráčstve  Nie  Áno

Ak áno, uveďte podrobnejšie informácie a rozpätie od – do:

Uveďte práceneschopnosti [PN] s diagnózami a trvaním PN v období 3 rokov pred dátumom vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy

Diagnóza	Začiatok PN	Koniec PN	Diagnóza	Začiatok PN	Koniec PN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

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

Nie Čakal na posúdenie od dátumu

### 3] Miesto na doplnenie

### 4] 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.

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

Miesto a dátum vyplnenia údajov o zdravotnom stave

Telefonický kontakt lekára

Podpis a pečiatka lekára

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