

Úrazové poistenie Plus

Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá a druhá strana tlačiva – body 1] až 5] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum podpisu a oznámenie podpísať,
- tretia strana tlačiva – príloha o zdravotnom stave, je určená na vypísanie všeobecným, resp. praktickým lekárom poisteného.

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 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.

Poistná zmluva č. Dátum vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy

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"/> | | | | |
| Zdravotná poisťovňa | <input type="text"/> | | | | |
| Druh činnosti vykonávanej v zamestnaní | <input type="text"/> | | | | |

Údaje o všeobecnom, resp. praktickom lekárovi

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

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

| | | | | | |
|--------------------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------|----------------------|
| Priezvisko | <input type="text"/> | Meno | <input type="text"/> | Titul | <input type="text"/> |
| Adresa [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"/> |
| Vzťah k poistenému | <input type="text"/> | | | | |
| Druh dokladu totožnosti* | <input type="text"/> | číslo dokladu totožnosti* | <input type="text"/> | | |
| Štátna príslušnosť* | <input type="text"/> | | | | |
| Číslo účtu v tvare IBAN* | <input type="text"/> | | | | |

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 prikladáte]

- úmrtný list poisteného** – originál alebo úradne overená kópia dokladu
- list o prehliadke mŕtveho** – kópia dokladu
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- pitevná správa** – kópia dokladu [ak bola vykonaná súdna pitva]
- súdno-znalecký posudok** – kópia dokladu
- protokol alebo uznesenie**, 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 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 nezamýšľal 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 ošetrovujúcich 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 spracovaním 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, c) 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 vyškrtne 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

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

1] 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

| | | | |
|-----------------------|---|---------------|---|
| Kód. dg. / dg. slovom | <input style="width: 100%;" type="text"/> | Dátum od - do | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Kód. dg. / dg. slovom | <input style="width: 100%;" type="text"/> | Dátum od - do | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Kód. dg. / dg. slovom | <input style="width: 100%;" type="text"/> | Dátum od - do | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Kód. dg. / dg. slovom | <input style="width: 100%;" type="text"/> | Dátum od - do | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Kód. dg. / dg. slovom | <input style="width: 100%;" type="text"/> | Dátum od - do | <input style="width: 100%;" type="text"/> |

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

| | | | | | | | |
|---------|---|----------|---|---------|---|----------|---|
| Kód dg. | <input style="width: 100%;" type="text"/> | Dátum od | <input style="width: 100%;" type="text"/> | Kód dg. | <input style="width: 100%;" type="text"/> | Dátum od | <input style="width: 100%;" type="text"/> |
| Kód dg. | <input style="width: 100%;" type="text"/> | Dátum od | <input style="width: 100%;" type="text"/> | Kód dg. | <input style="width: 100%;" type="text"/> | Dátum od | <input style="width: 100%;" type="text"/> |

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

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

- bol uznaný práceneschopným [PN] Nie Áno PN od – do
- bol pripútaný na lekárske lôžko Nie Áno
- bol v ústavnej zdravotnej starostlivosti Nie Áno

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

- 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 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 revízného lekára poisťovne vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu a zapožičanie snímok RTG poisteného pre potreby objektívneho posúdenia revíznym lekárom poisťovne.

| | | |
|---|---|---|
| Miesto a dátum | Telefonický a e-mailový kontakt | Podpis a pečiatka lekára |
| <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> | <input style="width: 100%;" type="text"/> |

Vaše prípadné otázky zodpovieme e-mailom na skodyosoby@postpo.sk alebo na tel. čísle **02/3300 0031**