

### 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 vyplnené oznámenie [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

Meno

Titul

Rodné číslo

Tel. kontakt

E - mail

Adresa trvalého bydliska  
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Korešpondenčná adresa <sup>1</sup>  
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Zdravotná poisťovňa

Druh činnosti vykonávanej  
v zamestnaní

Číslo účtu v tvare IBAN

Druh dokladu totožnosti

číslo dokladu totožnosti

Štátna príslušnosť

### Údaje o všeobecnom, resp. praktickom lekárovi alebo lekárovi zamestnávateľa poisteného

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 [vyplňte, len ak nie je totožná s poisteným]

Priezvisko

Meno

Titul

Tel. kontakt

E - mail

Adresa  
[ulica, číslo, obec]

PSČ

[ďalej len „oznamovateľ“]

### 3] Poistná udalosť

Uvedte deň, mesiac a rok vzniku invalidity poisteného

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

úrazu – uvedte deň, mesiac a rok úrazu

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

<sup>1</sup> vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

Uvedte opis okolností vzniku invalidity poisteného [ak udalosť súvisiacu so vznikom invalidity poisteného vyšetrol orgán činný v trestnom konaní, uvedte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu]

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

- právoplatné rozhodnutie Sociálnej poisťovne** – originál alebo overená kópia dokladu<sup>2</sup>
- lekárska správa posudkového lekára** – kópia dokladu
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- policajný protokol / uznesenie**, ak túto poistnú udalosť vyšetrola polícia
- súdne rozhodnutie** – ak ide o trestný čin [uvedte aký]
- iné doklady** [uvedte aké]

#### 5] 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 nezamĺchal 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., Dvořákovu 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 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, 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 spracúva 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.

<sup>2</sup> v prípade poisteného mladšieho ako 18 rokov veku rozhodnutie Sociálnej poisťovne nahrádza komplexný posudok podľa § 15 zákona č. 447/2008 Z. z. s vyjadrením, že ide o fyzickú osobu s ťažkým zdravotným postihnutím [teda s mierou funkčnej poruchy najmenej 50%]

Poistený svojím podpisom potvrdzuje, že: a] nie je politicky exponovanou osobou v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z., osobou s osobitným vzťahom k Poistovní 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 poistený vyhlásenie nemôže potvrdiť z dôvodu, že je osobou s osobitným vzťahom k Poistovní a/alebo politicky exponovanou osobou, dotknutý text sa vyškrtne a poistený je povinný uviesť podrobnosti na osobitných tlačivách. V prípade, ak poistený 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]

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

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

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.


Dátum od


Kód dg.


Dátum od


Kód dg.


Dátum od


Kód dg.


Dátum od


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

Uveďte, ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal zistené [napr. vysoký krvný tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita, rakovina alebo nádor akéhokoľvek druhu, psychická porucha vrátane závislosti] a kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii.

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

Uveďte 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

Bol poistený uznaný invalidným a/alebo osobou so zmenenou pracovnou schopnosťou (po pracovnom úraze) a/alebo osobou s ťažkým zdravotným postihnutím?

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

Nie Čaká na posúdenie od dátumu

**3] Čestné vyhlásenie** všeobecného, resp. praktického lekára

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

Vaše prípadné otázky zodpovieme e-mailom na [skodyosoby@postpo.sk](mailto:skodyosoby@postpo.sk) alebo na tel. čísle **02/3300 0031**