

Životné poistenie

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 a štvrtá strana tlačiva – príloha oznámenia – správa ošetrojúceho lekára, je určená na vypísanie ošetrojúcim 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.

Informácie pre poisteného

- vznik poistnej udalosti je potrebné čo najskôr oznámiť poisťovní
- v prípade potreby Vás pozveme na lekársku prehliadku – postupujte podľa pokynov uvedených v predvolaní

Poistná zmluva č.

Dátum vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy

1] Identifikačné údaje poisteného

Príezvisko

Meno

Titul

Rodné číslo

Tel. kontakt

E - mail

Adresa trvalého bydliska
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Korešpondenčná adresa ¹⁾
[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

Príezvisko

Meno

Tel. kontakt

Adresa
[ulica, číslo, obec]

PSČ

2] Identifikačné údaje osoby oznamujúcej poistnú udalosť [vyplňte, len ak nie je totožná s poisteným]

Príezvisko

Meno

Titul

Tel. kontakt

E - mail

Adresa
[ulica, číslo, obec]

PSČ

[ďalej len „oznamovateľ“]

3] Poistná udalosť

Prvé príznaky kritickej choroby poisteného sa prejavili [uvedte dátum]

a presný čas [hh:mm]

Opište príznaky kritickej choroby a ťažkosti

Prvýkrát bola diagnóza kritickej choroby poistenému stanovená [uvedte dátum]

Uvedte názov kritickej choroby [diagnózu]

¹⁾ vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

Uvedte názvy a adresy zdravotníckych zariadení, v ktorých sa poistený liečil po stanovení diagnózy kritickej choroby, dobu trvania liečby [dátum od – do], ako aj mená lekárov a spôsob liečby [operácia, dialýza, konzervatívna liečba v lôžkovom zariadení, kúpele a pod.]

Uvedte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia a meno lekára, u ktorého je dostupná zdravotná dokumentácia o kritickej chorobe poisteného

Bola udalosť súvisiaca so vznikom kritickej choroby oznámená orgánom činným v trestnom konaní? Nie Áno Ak áno, uvedte:

Dátum oznámenia Orgán činný v trestnom konaní Číslo konania

Zodpovedná osoba

4) Požadované doklady [križikom označte tie, ktoré prikladáte]

- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- súdne rozhodnutie** súvisiace s poistnou udalosťou
- policajný protokol / uznesenie**, ak udalosť súvisiacu so vznikom kritickej choroby poisteného vyšetrovala polícia
- iné doklady** súvisiace s poistnou udalosťou [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 nezamlčal 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 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.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.

Poistený 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. Ak poistený vyhlásenie nemôže potvrdiť z dôvodu, že je osobou s osobitným vzťahom k Poisťovni 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

1] Správa ošetrojúceho lekára

Meno a priezvisko poisteného Rodné číslo poisteného

Informácie pre lekára

Nižšie uvedená tabuľka podáva informáciu o:

- kritických chorobách krytých pripoistením kritickej choroby, podstúpení chirurgického zákroku alebo zaradení na čakaciu listinu pre orgánovú transplantáciu [ďalej len „kritické choroby“]
- nevyhnutných údajoch na stanovenie konečnej diagnózy kritickej choroby
- potvrdeniach, ktoré je poistený povinný predložiť poisťovní

Kritická choroba	Nevyhnutné údaje	Potvrdenia
Infarkt myokardu [akútna koronárna príhoda]	subjektívne ťažkosti, typické bolesti na hrudníku, typické zmeny v zázname EKG, elevácia špecifických kardiálnych enzýmov, troponínu alebo iných typických biochemických markerov	lekárske potvrdenie o diagnóze od kardiológa alebo internej kliniky, v ktorej bol poistený hospitalizovaný, a prepúšťacia správa o hospitalizácii z dôvodu infarktu myokardu
Akútna cievna mozgová príhoda [cerebrálna apoplexia]	subjektívne ťažkosti, trvalý neurologický deficit [napr. na základe ADL skóre]	lekárske potvrdenie o diagnóze a o neurologickom poškodení priamo súvisiacom s predmetnou príhodou od lekára neurologického oddelenia zdravotníckeho zariadenia
Rakovina	histologický nález, klasifikácia na základe TNM	lekárske potvrdenie o diagnóze od odborného lekára špecializovaného zdravotníckeho zariadenia
Benígny nádor mozgu	prítomnosť tumoru musí byť potvrdená CT vyšetrením alebo MRI	potvrdenie o vykonaní chirurgického zákroku alebo lekárske potvrdenie o permanentných neurologických symptómoch priamo súvisiacich s neoperabilným benígnym nádorom mozgu, od odborného lekára špecializovaného zdravotníckeho zariadenia
Chronické renálne zlyhanie [zlyhanie obličiek]	výsledky vyšetrení, ktoré indikovali zaradenie do dialyzačného a/alebo transplantáčného programu, zahájenie a frekvencia dialýzy	lekárske potvrdenie o pravidelnej dialyzačnej liečbe trvajúcej aspoň tri po sebe nasledujúce mesiace od atestovaného nefrológa
Slepotá	subjektívne ťažkosti, oftalmologický nález, diagnóza permanentnej straty zraku by mala byť potvrdená v intervale minimálne šesť mesiacov po ochorení alebo úraze, ktoré boli bezprostrednými príčinami vyvolávajúcimi stratu zraku	oftalmologické lekárske potvrdenie od atestovaného oftalmológa najskôr po šiestich mesiacoch od stanovenia diagnózy u poisteného a potvrdzujúce jej trvalosť
Hluchota	subjektívne ťažkosti, nález, diagnóza by mala byť potvrdená v intervale minimálne šesť mesiacov po špecifickom ochorení alebo úraze, ktoré boli bezprostrednými príčinami vyvolávajúcimi stratu sluchu	lekárske potvrdenie o diagnóze doložené audiometrickým vyšetrením od atestovaného otorinolaryngológa najskôr po šiestich mesiacoch od stanovenia diagnózy hluchoty u poisteného a potvrdzujúce jej trvalosť
Ochrmutie [paralýza]	subjektívne ťažkosti, presný popis úplného ochrmutia jednotlivých končatín [dátum stanovenia diagnózy]	lekárske potvrdenie o diagnóze ochrmutia najskôr však šesť mesiacov po stanovení diagnózy od neurologickej odbornej kliniky alebo atestovaného neurológa
Transplantácia životne dôležitých orgánov	výsledky vyšetrení, ktoré indikovali zaradenie do transplantáčného programu, operačná diagnóza a vlastný výkon, kópia operačnej vložky	lekárske potvrdenie o transplantáčnej chirurgii alebo o zaradení poisteného na národnú listinu čakateľov pre transplantáciu od odborného lekára špecializovaného zdravotníckeho zariadenia na území SR, ktoré transplantáčnú chirurgiu vykonalo alebo zaradenie pre transplantáciu uskutočnilo
Cievna chirurgia s náhradou aorty štepom [operácia aorty]	subjektívne ťažkosti, predoperačný popis disekujúcej aneuryzmy aorty, kópia operačnej vložky	operačnú správu a prepúšťacia správa od odborného lekára špecializovaného zdravotníckeho zariadenia na území SR, ktoré operáciu vykonalo. Ak bola operácia vykonaná mimo územia SR, je potrebný predbežný súhlas poisťovne na vykonanie operácie v zahraničí a operačná a prepúšťacia správa špecializovaného zdravotníckeho zariadenia zo zahraničia* * Zdravotnú dokumentáciu zo zahraničia je potrebné predložiť i v overenom preklade do slovenského jazyka.
Popáleniny	presný popis popálenín III. stupňa s postihnutím minimálne 30 % telesného povrchu	lekárske potvrdenie o diagnóze popáleniny III. stupňa s popisom lokalizácie a rozsahu popálenín od odborného lekára
HIV/AIDS v dôsledku profesijnej expozície [HIV získaná v zamestnaní]	krvné testy v priebehu piatich dní od príhody, ktoré dokážu absenciu HIV alebo jeho protilátok, dôkaz existencie HIV vírusu alebo HIV protilátok vykonaný najskôr po štyroch mesiacoch po príhode prostredníctvom ďalšieho testu krvi	lekárske potvrdenie o diagnóze od odborného lekára
HIV/AIDS v dôsledku transfúzie krvi [HIV získaná počas transfúzie krvi]	zdravotnícke zariadenie, ktoré kontaminovanú krvnú konzervu podalo, musí písomne potvrdiť svoju zodpovednosť za prenos vírusu HIV na poisteného	lekárske potvrdenie o diagnóze od odborného lekára a lekárske potvrdenie dokladujúce, že príčinou infekcie vírusom HIV alebo ochorenia AIDS je transfúzia infikovanej krvnej konzervy od odborného lekára zdravotníckeho zariadenia, ktoré transfúziu vykonalo
Parkinsonova choroba	subjektívne ťažkosti, neschopnosť [bez kontinuálnej asistencie inej osoby] vykonávať tri alebo viac aktivít bežného denného života [ADL klasifikácia], diagnóza musí byť stanovená vo veku do 60 rokov atestovaným neurológom a opakovane potvrdená najskôr však tri mesiace po stanovení diagnózy atestovaným neurológom	lekárske potvrdenie o diagnóze najskôr však tri mesiace po stanovení diagnózy atestovaným neurológom
Alzheimerova choroba	subjektívne ťažkosti, diagnóza musí byť stanovená pred dovŕšením veku 60 rokov a opakovane potvrdená najskôr však tri mesiace po stanovení diagnózy atestovaným neurológom	lekárske potvrdenia o diagnóze najskôr však tri mesiace po stanovení diagnózy atestovaným neurológom
Skleróza multiplex	subjektívne ťažkosti, výsledky vyšetrení CT alebo MR, počet relapsov [dátum od – do]	lekárske potvrdenie o diagnóze najskôr však šesť mesiacov od stanovenia diagnózy od atestovaného neurológa
Encefalitída	subjektívne ťažkosti, neurologický nález	lekárske potvrdenie o diagnóze najskôr však tri mesiace od stanovenia diagnózy od atestovaného neurológa

Uvedte, ktorá z vyššie uvedených kritických chorôb bola poistenému diagnostikovaná, resp. aký typ výkonu bol vykonaný.

Uvedte dátum stanovenia diagnózy

Uvedte dátum opakovaného potvrdenia diagnózy

Uvedte dátum vykonania chirurgického zákroku alebo zaradenia na čakaciu listinu pre orgánovú transplantáciu

Uvedte príznaky, vyšetrenia a nálezy [podľa tabuľky uvedenej v tomto tlačíve]

Uvedte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bola stanovená diagnóza, meno odborného lekára[ov] a telefonický kontakt.

Uvedte dátum zistenia prvých príznakov kritickej choroby alebo porúch, ktoré súvisia s kritickou chorobou

Uvedte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia, v ktorom boli zistené prvé príznaky kritickej choroby, meno odborného lekára[ov] a telefonický kontakt.

Doplňujúce zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára

2] Čestné vyhlásenie ošetrojúceho lekára

Ako ošetrojúci lekár poisteného vyhlasujem, že všetky moje odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a nezamlčal som žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného.

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

Telefón a e-mail na ošetrojúceho lekára

Podpis a pečiatka lekára

Adresa ambulancie ošetrojúceho lekára poisteného

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