

### 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 ošetroujúcim lekárom poisteného, ktorý ma k dispozícii zdravotnú dokumentáciu o úraze.

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 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.

### Informácie pre poisteného

- Trvalé následky sa posudzujú po ukončení liečenia a po ustálení zdravotného stavu po úraze, spravidla po 1 roku od dátumu vzniku úrazu, ak zdravotný stav nie je ustálený, hodnotia sa podľa stavu ku dňu, ku ktorému uplynú tri roky odo dňa vzniku úrazu.
- 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

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

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

Vyplňte, len ak oznamovateľ je súčasne zákonným alebo splnomocneným zástupcom poisteného:

Rodné číslo

Druh dokladu totožnosti

Číslo dokladu totožnosti

Štátna príslušnosť

Vzťah k poistenému

[ďalej len „oznamovateľ“]

### 3] Poistná udalosť

Uvedte deň, mesiac a rok vzniku poistnej udalosti

a presný čas [hh:mm]

Miesto vzniku poistnej udalosti  
[ulica, číslo, obec, PSČ]

Poistná udalosť bola 1. krát oznámená poisťovni, uvedte dátum

a presný čas [hh:mm]

Opište okolnosti a príčinu vzniku poistnej udalosti

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

Napište, ktorá časť tela bola poškodená a v akom rozsahu

Bola táto časť tela funkčne alebo vizuálne poškodená už pred touto poisťnou udalosťou?  Áno  Nie

Poistený je  pravák  ľavák

Bola poisťná udalosť oznámená orgánom činným v trestnom konaní?  Áno  Nie Ak áno, uveďte dátum oznámenia, názov a adresu vyšetrovacieho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu.

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

- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poisťnej udalosti hospitalizovaný]
- súdne rozhodnutie** súvisiace s poisťnou udalosťou
- policajný protokol / uznesenie**, ak túto poisťnú udalosť vyšetrovala polícia
- iné doklady** súvisiace s poisťnou udalosťou [uveďte aké]

#### 5] Vyhlásenie poisťného / 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 poisťnej 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., 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 poisťných 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 poisťnej 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.

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, b) pri uplatňovanom nároku na poisťné 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 Poisťovni a/alebo politicky exponovanou osobou, dotknutý text sa vyškrtne a poistený je povinný uviesť podrobnosti na osobitných tlačivách. Ak poistený vyhlásenie nemôže potvrdiť z dôvodu, že je sankcionovanou osobou, v prípade nároku na poisťné 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

Správa ošetrojúceho lekára [čitateľne vyplní a potvrdí lekár, ktorý ošetroval úraz poisteného]

Rodné číslo

Výška poisteného v cm

Váha poisteného v kg

### 1] Správa ošetrojúceho lekára – trvalé následky úrazu

Napište, aké trvalé následky zanechal úraz zo dňa

Opište objektívne príznaky trvalých následkov, najmä poruchy funkcií úrazom postihnutých častí tela. V prípade zranenia končatiny presný popis obmedzenia funkcie, hybnosti, svalovej sily v porovnaní so zdravou končatinou. Ak úraz zanechal jazvy, uveďte ich dĺžku, plochu, druh a lokalizáciu. V prípade zranenia oka – vízus – uveďte stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením. V prípade zranenia ucha – sluch – uveďte stupeň poškodenia oproti fyziologickému nálezu a stavu pred zranením.

Majú na rozsah trvalých následkov úrazu vplyv choroby nesúvisiace s úrazom?  Nie  Áno Ak áno, uveďte názov choroby

Nastali zistené zmeny zdravotného stavu výlučne úrazom?  Nie  Áno

Je liečenie úrazu ukončené a zdravotný stav ustálený?  Nie  Áno

Napište prognózu ďalšej liečby

Bola postihnutá časť tela poškodená už pred týmto úrazom?  Nie  Áno Ak áno, uveďte dátum, príčinu a rozsah poškodenia

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 úplné nezamýšľam žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného.

V prípade požiadavky revízieho lekára poisťovne vyslovujem súhlas na účinnú spoluprácu a zapožičanie snímok RTG poisteného pre potreby objektívneho posúdenia trvalých následkov 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**