

### Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá a tretia strana tlačiva – body 1] až 5] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum podpisu a oznámenie podpísať,
- štvrtá strana tlačiva – príloha oznámenia - správa o úraze, je určená na vypísanie ošetrojúcim lekárom poisteného, ktorý úraz liečil a má 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 oznámenia - správa o úraze 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

- nárok na denné odškodné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu vzniká za predpokladu, že doba nevyhnutného liečenia trvá min. 22 dní alebo doba nevyhnutného liečenia trvá min. 15 dní
- v prípade potreby vás pozveme na lekársku prehliadku – postupujte podľa pokynov uvedených v predvolaní
- súčasťou tohto oznámenia musí byť aj zdravotná dokumentácia o úraze

Poistná zmluva č.

Dátum vyhotovenia návrhu / uzavretia zmluvy

### 1] Identifikačné údaje poisteného

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Rodné číslo	<input type="text"/>	Tel. kontakt	<input type="text"/>	E - mail	<input type="text"/>
Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Korešpondenčná adresa <sup>1)</sup> [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Zdravotná poisťovňa	<input type="text"/>				
Druh činnosti vykonávanej v zamestnaní	<input type="text"/>				
Číslo účtu v tvare IBAN	<input type="text"/>				
Druh dokladu totožnosti	<input type="text"/>	číslo dokladu totožnosti	<input type="text"/>		
Štátna príslušnosť	<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"/>

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

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

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

Rodné číslo	<input type="text"/>		
Druh dokladu totožnosti	<input type="text"/>	Číslo dokladu totožnosti	<input type="text"/>
Štátna príslušnosť	<input type="text"/>	Vzťah k poistenému	<input type="text"/>

[ďalej len „oznamovateľ“]

### 3] Poistná udalosť

Uvedte deň, mesiac a rok vzniku poistnej udalosti	<input type="text"/>	a presný čas [hh:mm]	<input type="text"/>
Miesto vzniku poistnej udalosti [ulica, číslo, obec, PSČ]	<input type="text"/>		
Poistná udalosť bola 1. krát oznámená poisťovni, uvedte dátum	<input type="text"/>	a presný čas [hh:mm]	<input type="text"/>

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

Opište okolnosti a príčinu vzniku poistnej udalosti

Napište, ktorá časť tela bola poškodená a v akom rozsahu

Bola táto časť tela funkčne alebo vizuálne poškodená už pred touto poistnou udalosťou?  Áno  Nie Poistený je  pravák  ľavák

Bol poistený v dôsledku úrazu práceneschopný?  Áno  Nie

Vznikla poistná udalosť pri výkone povolania?  Áno  Nie Ak áno, uveďte:

Obchodné meno zamestnávateľa   
Sídlo zamestnávateľa [ulica, číslo, obec]  PSČ

**K úrazu došlo** [označte správny údaj]

- v domácnosti  v škole alebo pri akcii organizovanej školou  v cestnej doprave  v inej doprave  pri športe  
 pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej činnosti  pri opravárskej, údržbárskej alebo podobnej činnosti  pri podnikateľskej činnosti  
 pri inej činnosti mimo povolania, napíšte pri akej

**Čo zapríčinilo úraz?** [označte správny údaj]

- dopravný prostriedok  manipulácia so strojom alebo nástrojom  manipulácia s materiálom  pád, pošmyknutie  
 pád predmetu, zavalenie  výbuch, chemikália, strelná zbraň, elektrina  plyn, žiarenie, popálenie, jed  napadnutie zvierateľom  
 napadnutie inou osobou  iná príčina, napíšte aká

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

**Túto časť vyplňte, ak poistná udalosť vznikla pri športovej, telovýchovnej činnosti**

Ste registrovaný športovec?  Áno  Nie Ak áno, uveďte názov športu a súťaže   
Bola športová alebo telovýchovná činnosť organizovaná?  Áno  Nie Ak áno, uveďte názov organizácie

**Túto časť vyplňte, ak poistná udalosť vznikla pri dopravnej nehode**

Údaje o motorovom vozidle

Továrenská značka  Typ   
Evidenčné číslo motorového vozidla  Počet miest na sedenie  Počet prepravovaných osôb

Údaje o vodičovi motorového vozidla

Priezvisko  Meno  Titul   
Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec]  PSČ

Údaje o spolucestujúcich, ktorí boli zranení

Priezvisko	Meno	Adresa

**4] Požadované doklady** [krížikom 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 túto poistnú udalosť vyšetrovala polícia

iné doklady súvisiace s poistnou udalosťou [uveďte 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 nezamľchal 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 prístupníť 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.

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 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 Poisťovni a/alebo politicky exponovanou osobou, dotknutý text sa vyškrtnie a poistený je povinný uviesť podrobnosti na osobitných tlačivách. 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 Poisťovne, 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 Poisťovne

--

Pečiatka a podpis zástupcu Poisťovne

--

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

Rodné číslo	<input type="text"/>	Výška poisteného v cm	<input type="text"/>	Váha poisteného v kg	<input type="text"/>
Prvé lekárske ošetrenie bolo vykonané, uveďte:		[dd.mm.rrrr]	<input type="text"/>	[hh:mm]	<input type="text"/>

## 1] Údaje o lekárovi, ktorý poskytol prvé ošetrenie úrazu

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Adresa ambulancie [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>

Diagnóza úrazu, v dôsledku ktorého vznikla poisťná udalosť – podrobne opíšte telesné poškodenia a ich rozsah, pri popáleninách stupeň a rozsah v % alebo cm<sup>2</sup>

Zodpovedajú telesné poškodenia a ich rozsah okolnostiam a príčine vzniku úrazu, ako sú uvedené v oznámení o poisťnej udalosti – úraz?  Nie  Áno

Opíšte nález z vyšetrenia zo dňa  [RTG, CT, USG, Nukleárna magnetická rezonancia, Audio, Perimeter a pod.]

Podrobne opíšte spôsob a druh liečenia – v prípade rehabilitácie napíšte jej výsledky, frekvenciu a dĺžku

Bol poistený hospitalizovaný?  Nie  Áno Ak áno, uveďte:

Hospitalizovaný od  do  Názov liečebného zariadenia   
Adresa [ulica, číslo, obec]  PSČ

Zanechá úraz trvalé následky?  Nie  Áno Ak áno, uveďte ktoré časti tela budú poškodené a rozsah

Vznikol úraz pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok?  Nie  Áno Ak áno, uveďte množstvo alkoholu v krvi [v ‰] alebo názov omamnej látky

Napíšte príznaky požitia alkoholu alebo omamných látok u poisteného. Ako ovplyvnilo požitie alkoholu alebo omamných látok správanie poisteného?

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

Nastali počas liečenia úrazu komplikácie, ktoré predĺžili nevyhnutný čas liečenia?  Nie  Áno Ak áno, uveďte druh a príčinu komplikácie

Nevyhnutný čas liečenia úrazu [aj vrátane komplikácie] trval od  do

Bolo poistenému vystavené hlásenie o pracovnej neschopnosti [PN]?  Nie  Áno Ak áno, uveďte:

PN od  do  Číslo hlásenia PN  Dátum vystavenia

Doplňujúce zdravotné oznámenie 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 nezamýšľal som žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného.

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

Miesto a dátum vyplnenia správy

Telefonický kontakt ošetrojúceho lekára poisteného

Podpis a pečiatka lekára

Vaše prípadné otázky zodpovieme na tel. čísle 02 3300 0031