



# oznámenie poistnej udalosti pracovná neschopnosť

Poistenie schopnosti splácať úver  
SIPO poistenie  
Poistenie platieb

Oznámenie poistnej udalosti [krížikom označte uzatvorený produkt poistenia]

Poistenie schopnosti splácať úver

SIPO poistenie

Poistenie platieb

## Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá a druhá strana tlačiva – body 1] až 6] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum podpisu a oznámenie podpísať,
- tretia a štvrtá strana tlačiva – bod 7] oznámenia, je určený na vypísanie všeobecným, resp. praktickým lekárom poisteného.

Vami vyplnené oznámenie [body 1] až 6]] spolu s požadovanými dokladmi uvedenými v bode 5], predložte lekárovi, ktorý doplní bod 7] tlačiva 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.

### Dôležité upozornenia:

Pre úhradu ďalších čiastkových poistných plnení bude potrebné do poisťovne zasielať každý mesiac potvrdenie o pokračovaní pracovnej neschopnosti [najneskôr do 5. dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, počas ktorého bol poistený práceneschopný].

Pri Poistení schopnosti splácať úver splátky úveru uhrádzajte naďalej až do oznámenia o ukončení šetrenia poistnej udalosti. O ukončení šetrenia poistnej udalosti Vás budeme informovať listom.

Dátum uzavretia poistenia [dátum podpisu žiadosti / zmluvy / dodatku]

## 1] Identifikačné údaje poisteného

Priezvisko

Meno

Titul

Adresa trvalého bydliska  
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Rodné číslo

Tel. kontakt

E - mail

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

PSČ

Zdravotná poisťovňa

Druh činnosti vykonávanej  
v zamestnaní

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

Adresa  
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Tel. kontakt

E - mail

Vzťah k poistenému

## 3] Číslo účtu na úhradu poistného plnenia

### Poistenie schopnosti splácať úver:

- pre úvery schválené od 1.4.2009 číslo účtu pre poistné plnenie je číslo úverového účtu, ku ktorému bolo poistenie zriadené.
- pre úvery schválené do 31.3.2009 prosím uveďte číslo účtu, na ktorý žiadate zaslať poistné plnenie:

Číslo účtu

Kód banky

Číslo účtu v tvare IBAN<sup>2)</sup>

- SIPO poistenie** – číslo účtu pre poistné plnenie je číslo účtu Poštovej karty a variabilný symbol je číslo Poštovej karty, ku ktorej bolo poistenie zriadené.

- Poistenie platieb** – číslo účtu pre poistné plnenie je číslo Dobrého účtu, ku ktorému bolo poistenie zriadené.

- Ak si želáte zaslať poistné plnenie na iný účet, prosím, uveďte:

Číslo účtu

Kód banky

Číslo účtu v tvare IBAN<sup>2)</sup>

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

<sup>2)</sup> ak ste neuviedli číslo účtu v tvare číslo účtu a kód banky, uveďte číslo účtu v tvare IBAN

#### 4) Poistná udalosť

Uveďte deň, mesiac a rok vzniku pracovnej neschopnosti [PN]

PN nastala v dôsledku  choroby – uveďte deň, mesiac a rok diagnostikovania choroby [vrátane tehotenstva]

úrazu – uveďte deň, mesiac a rok, kedy sa úraz stal

Ak ide o následky úrazu z minulosti, uveďte, o aký úraz išlo a tiež deň, mesiac a rok, kedy sa stal

dopravnej nehody – uveďte deň, mesiac a rok dopravnej nehody

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

Bol poistený už v minulosti PN z rovnakého dôvodu ako teraz?  Áno  Nie Ak áno, uveďte dátum trvania PN od – do

Bol poistený k dátumu vzniku PN zamestnaný?  Áno  Nie

Bol poistený k dátumu vzniku PN na materskej / rodičovskej dovolenke?  Áno  Nie

Bol vznik PN zapríčinený vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov?  Áno  Nie

Bol už poistenému priznaný starobný dôchodok?  Áno  Nie Čaká na jeho priznanie od – uveďte deň, mesiac a rok

Bol už poistenému priznaný invalidný dôchodok?  Áno  Nie Čaká na jeho priznanie od – uveďte deň, mesiac a rok

Bola už poistenému priznaná úrazová renta?  Áno  Nie Čaká na jej priznanie od – uveďte deň, mesiac a rok

Uveďte opis okolností vzniku PN zapríčinených úrazom, dopravnou nehodou alebo pokusom o samovraždu [ak poistnú udalosť vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uveďte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu, kontaktnú osobu a číslo vyšetrovacieho spisu]

#### 5) Požadované doklady [krížikom označte tie, ktoré priložiate]

- potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti [l. časť] – kópia lekárom vystaveného dokladu
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- doklad preukazujúci priznanie starobného dôchodku – kópia dokladu [ak je poistený starobný dôchodca]
- doklad preukazujúci priznanie invalidného dôchodku – kópia dokladu [ak je poistený invalidný dôchodca]
- doklad preukazujúci priznanie úrazovej renty – kópia dokladu [ak je poistený poberateľom úrazovej renty]
- iné [uveďte aké]

#### 6) Vyhlásenie oznamovateľa [pre účely tohto tlačiva sa oznamovateľom rozumie osoba oznamujúca poistnú udalosť, t. j. poistený alebo iná osoba podpisujúca toto oznámenie]

Oznamovateľ 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 nezamĺča a je si vedomý /á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a / alebo odpovedí na otázky poisťovne.

V prípade vyplnenia tohto oznámenia bude Poštová poisťovňa, a. s., Dvořákovo nábrežie 4, 811 02 Bratislava, IČO: 31 405 410 [ďalej len „poisťovňa“] spracúvať osobné údaje uvedené v tomto oznámení.

Poisťovňa má podľa zákona o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov oprávnenie aj bez súhlasu a informovania dotknutých osôb spracovávať osobné údaje [ďalej len „údaje“ alebo „osobné údaje“] klientov, a to na účel identifikácie klientov a ich zástupcov a zachovania možnosti následnej kontroly tejto identifikácie, na účel uzavierania poistných zmlúv a správy poistenia medzi poisťovňou a jej klientmi, na účel ochrany a domáhania sa práv poisťovne voči jej klientom, na účel zdokumentovania činnosti poisťovne, na účel výkonu dohľadu nad poisťovňami a nad ich činnosťami a na plnenie povinností a úloh poisťovne, ktoré jej vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Na toto spracovanie nie je potrebný súhlas klienta a poisťovňa je oprávnená požadovať poskytnutie osobných údajov na tento účel.

Údaje môžu byť zverené na spracovanie najmä zmluvným partnerom a zmluvným zástupcom poisťovne v oblasti správy poistenia, napríklad zabezpečujúcim komunikáciu a korešpondenčný styk s klientom, telefonickú informačnú službu [výslovne spoločnosti Poštová banka, a.s., Dvořákovo nábrežie 4, 811 02 Bratislava, IČO: 31 340 890], alebo údržbu a rozvoj informačných systémov poisťovne [výslovne spoločnosti AIS Software, a.s., Provozničkova 84, 613 00 Brno, Česká republika, IČO: 60 744 511]. Aktuálny zoznam zmluvných partnerov, ktorí boli poverení spracovaním osobných údajov, je uvedený na internetovej stránke poisťovne [www.postovapoistovna.sk].

Údaje môžu byť predmetom cezhraničného prenosu osobných údajov do krajín členských štátov Európskej únie.

Práva osoby, ktorej osobné údaje sú spracúvané, sú uvedené v § 28 zákona č. 122/2013 Z. z. o ochrane osobných údajov. Na základe písomnej žiadosti môže dotknutá osoba od poisťovne požadovať najmä: potvrdenie, či sú alebo nie sú osobné údaje o nej spracúvané, informácie o stave spracúvania svojich osobných údajov, informácie o zdroji, z ktorého boli získané osobné údaje, zoznam osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania, opravu nesprávnych, neúplných alebo neaktuálnych osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania a likvidáciu jej osobných údajov, ak bol splnený účel ich spracúvania alebo ak došlo k porušeniu zákona o ochrane osobných údajov.

Vyhlásenie oznamovateľa, ktorý je zároveň poisteným: Splnomocňujem poisťovňu, aby pre potrebu šetrenia poistnej udalosti vyžadovala potrebné informácie a dokumentáciu o mojom zdravotnom stave a súčasne týmto splnomocňujem všetkých poisťovňou oslovených lekárov, zdravotníckeho zariadenia, zdravotné poisťovne a Sociálnu poisťovňu na poskytnutie požadovaných informácií a vyhotovenie požadovaných lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo ich zapažičanie. Lekárov a zdravotníckeho zariadenia, ktoré poisťovňa o uvedené informácie požiada, týmto oslobodzujem od povinnosti zachovávať mlčanlivosť.

Miesto a dátum podpisu oznámenia

Meno, priezvisko a podpis oznamovateľa

**7] Údaje o zdravotnom stave poisteného [čitateľne vyplní a potvrdí všeobecný, resp. praktický lekár poisteného, pri nedostatku miesta pokračujte v bode 7c]**

Meno a priezvisko poisteného  Rodné číslo poisteného

Výška poisteného v cm  Váha poisteného v kg  Dátum merania

**7a] Identifikácia choroby, v dôsledku ktorej vznikla poistná udalosť**

Uveďte, diagnózu choroby, v dôsledku ktorej vznikla poistná udalosť – uveďte jednotlivé diagnózy a rozpätie ich trvania počas práceneschopnosti [PN]

Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od - do	<input type="text"/>

Bola v minulosti u poisteného diagnostikovaná [resp. dokladovaná v dokumentácii] vyššie uvedená choroba / y? Ak áno, kedy prvýkrát:

Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>	Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>	Kód dg.	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>

**7b] Zdravotný stav poisteného k dátumu uzatvorenia poistenia [deň, mesiac, rok podpisu žiadosti / zmluvy / dodatku]**

Uveďte, ktoré choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal / dodnes má zistené a kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii.

Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>
Kód dg. / dg. slovom	<input type="text"/>	Dátum od	<input type="text"/>

Je poistený v súčasnosti PN?  Nie  Áno Ak áno uveďte diagnózu slovom a dátumom začiatku PN.

Kód dg. / dg. slovom  Začiatok PN

Užíva / al poistený pravidelne lieky?  Nie  Áno Ak áno, uveďte názov lieku, dávkovanie, začiatok a koniec užívania a diagnózu, kvôli ktorej ich užíva / al.

Názov lieku	Dávkovanie	Užívanie od - do	Diagnóza
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je / bol poistený pod pravidelným lekárske dohľadom v dôsledku zisteného chronického ochorenia s trvalým užívaním liekov?  Nie  Áno

Ak áno, uveďte odkedy, diagnózu, dátum prvého diagnostikovania, užívané lieky, dátum začiatku a ukončenia ich užívania.

Začiatok lekárskeho dohľadu	Diagnóza	Dátum prvého diagnostikovania	Názov lieku	Užívanie od - do
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je / bol poistený hospitalizovaný v nemocnici alebo v inom zdravotníckom zariadení?  Nie  Áno Ak áno, uveďte diagnózu a odkedy .

Kód dg. / dg. slovom  Začiatok hospitalizácie

Je / bol poistený v pravidelnej lekárskej opatere v dôsledku zisteného ochorenia k dátumu uzatvorenia poistenia [dátum podpisu žiadosti / zmluvy / dodatku]?

Nie  Áno Ak áno, uveďte odkedy [deň, mesiac, rok]

Uveďte PN s diagnózami a trvaním PN v období 3 rokov pred dátumom uzatvorenia poistenia [dátum podpisu žiadosti / zmluvy / dodatku]

Diagnóza	Začiatok PN	Koniec PN	Diagnóza	Začiatok PN	Koniec PN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bol poistený uznaný invalidným alebo osobou so zmenenou pracovnou schopnosťou?

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

Nie Čaká na posúdenie od dátumu

Požiadaval poistený o priznanie úrazovej renty?  Nie  Áno Úrazová renta bola priznaná [deň, mesiac, rok]

#### 7c] Miesto na doplnenie

#### 7d] 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 svojím podpisom.

Miesto a dátum vyplnenia údajov o zdravotnom stave

Podpis a pečiatka lekára

Vaše prípadné otázky zodpovieme na tel. čísle **02 3300 0031**.