



oznámenie poistnej udalosti strata zamestnania a následná nezamestnanosť

Poistenie schopnosti splácať úver
SIPO poistenie

Oznámenie poistnej udalosti [krížikom označte uzatvorený produkt poistenia]

Poistenie schopnosti splácať úver

SIPO poistenie

Inštrukcie pre klienta

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 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 preukazovať poisťovní trvanie nezamestnanosti raz za kalendárny mesiac [najneskôr do 5. dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, počas ktorého bol poistený nezamestnaný].

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 zmluvy / dodatku]

1] Identifikačné údaje poisteného

Priezvisko

Meno

Titul

Adresa trvalého bydliska
[ulica, číslo, obec]

PSČ

Rodné číslo

Tel. kontakt

E - mail

Korešpondenčná adresa¹⁾
[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 IBAN²⁾

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

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

Číslo účtu

Kód banky

Číslo účtu v tvare IBAN²⁾

¹⁾ vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

²⁾ ak ste neuviedli číslo účtu v tvare číslo účtu a kód banky, uveďte číslo účtu v tvare IBAN

4) Poistná udalosť

Uvedte dôvod rozviazania pracovného pomeru poisteného

Uvedte dátum prevzatia písomného oznámenia zamestnávateľa o rozviazaní prac. pomeru poisteným – deň, mesiac a rok

Uvedte dátum registrácie poisteného v evidencii uchádzačov o zamestnanie na úrade práce – deň, mesiac a rok

Uvedte obchodné meno, adresu, tel. kontakt a e-mail zamestnávateľa, u ktorého bol poistený naposledy zamestnaný

Uvedte obchodné meno, adresu, tel. kontakt a e-mail zamestnávateľa poisteného, ku dňu vzniku poistenia a dobu trvania pracovného pomeru

Uvedte adresu úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, na ktorom je poistený vedený v evidencii uchádzačov o zamestnanie

Bol vznik straty zamestnania zapríčinený 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

5) Požadované doklady [krížikom označte tie, ktoré prikladáte]

- pracovná zmluva vrátane všetkých jej dodatkov – úradne overená kópia
- doklad o rozviazaní pracovného pomeru – kópia
- potvrdenie o zápočte rokov – kópia
- doklad preukazujúci priznanie starobného dôchodku [ak je poistený starobný dôchodca]
- overená kópia Oznámenia o zaradení občana do evidencie uchádzačov o zamestnanie z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny
- rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní / nepriznaní podpory [dávky] v nezamestnanosti – kópia
- iné [uvedte 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 nezamlčal 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., Provazníkova 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, zdravotnícke zariadenia, zdravotné poisťovne a Sociálnu poisťovňu na poskytnutie požadovaných informácií a vyhotovenie požadovaných lekárskeho správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo ich zapožičanie. Lekárov a zdravotnícke 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 na zadnej strane]

Meno a priezvisko poisteného

Rodné číslo poisteného

Výška poisteného v cm

Váha poisteného v kg

Dátum merania

7a] Zdravotný stav poisteného k dátumu uzatvorenia poistenia [deň, mesiac, rok podpisu 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

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

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 lekárskeym 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 ku dňu podpisu zmluvy / dodatku? Nie Áno

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

Uveďte PN s diagnózami a trvaním PN v období 3 rokov pred dátumom uzavretia poistenia [dátum podpisu 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 Požiadal poistený o priznanie úrazovej renty? Nie Áno Úrazová renta bola priznaná [deň, mesiac, rok] **7b] 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**.