

Oznámenie poistnej udalosti [krížikom označte druh poistnej udalosti]

Pracovná neschopnosť následkom úrazu Invalidita následkom úrazu

Návod na vyplnenie tlačiva

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

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

Vami vyplnené oznámenie [body 1] až 6]] spolu s požadovanými dokladmi uvedenými v bode 4b] alebo 5b], 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].

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

1] Identifikačné údaje poisteného

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

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

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 totožná s poisteným]

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

[ďalej len „oznamovateľ“]

3] Číslo účtu na úhradu poistného plnenia

- **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	<input type="text"/>	Kód banky	<input type="text"/>
Číslo účtu v tvare IBAN ²⁾	<input type="text"/>		

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

4a] Poistná udalosť pracovná neschopnosť následkom úrazu

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

PN nastala v dôsledku 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 poistenému priznaný starobný dôchodok? Áno Nie Uveďte dátum od kedy

Bol poistenému priznaný invalidný dôchodok? Áno Nie Uveďte dátum od kedy

Bola poistenému priznaná úrazová renta? Áno Nie Uveďte dátum od kedy

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

4b] Požadované doklady k poistnej udalosti pracovná neschopnosť následkom úrazu [krížikom označte tie, ktoré prikladáte]

- potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti [l. časť] – kópia lekárom vystaveného dokladu
- zdravotná dokumentácia z priebehu liečby úrazu vr. dokladu z prvotného ošetrenia úrazu
- 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]

5a] Poistná udalosť invalidita následkom úrazu

Uveďte deň, mesiac a rok vzniku invalidity

Invalidita nastala v dôsledku úrazu – uveďte deň, mesiac a rok, kedy sa stal úraz

dopravnej nehody – uveďte deň, mesiac a rok dopravnej nehody

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

Bola invalidita spôsobená vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov? Áno Nie

Bol poistenému priznaný starobný dôchodok? Áno Nie Uveďte dátum od kedy

Bola poistenému priznaná úrazová renta? Áno Nie Uveďte dátum od kedy

Uveďte opis okolností vzniku invalidity následkom úrazu

Ak udalosť súvisiacu so vznikom invalidity poisteného vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uveďte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu, kontaktnú osobu a číslo vyšetrovacieho spisu

5b) Požadované doklady k poistnej udalosti invalidita následkom úrazu [krížikom označte tie, ktoré prikladáte]

- právoplatné rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní invalidného dôchodku** – úradne overená kópia dokladu
- lekárska správa posudkového lekára z pobočky Sociálnej poisťovne [Zápisnica, Posudok]** – kópia dokladu
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- protokol alebo uznesenie**, ak udalosť vyšetrovala polícia
- súdne rozhodnutie, ak ide o trestný čin** [uvedte aký]
- iné** [uvedte aké]

6) 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 nezamieľal 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 prístupniť 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 a telefonickú informačnú službu. 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.

Miesto a dátum podpisu oznámenia

Meno, priezvisko a podpis oznamovateľa

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

7] Údaje o zdravotnom stave poisteného [čitateľne vyplní a potvrdí všeobecný, praktický, resp. ošetrojúci lekár poisteného

Rodné číslo /
Meno a priezvisko poisteného
Prvé lekárske ošetrovanie bolo vykonané, uveďte: [dd.mm.rrrr] [hh:mm]

Údaje o lekárovi, ktorý poskytol prvé ošetrovanie úrazu

Priezvisko Meno Titul
Adresa ambulancie [ulica, číslo, obec] PSČ

Deň vystavenia dokladu PN Číslo dokladu PN PN od Práce schopný od

Je poistený v súčasnosti PN? Nie Áno
Kód dg podľa MKCH / dg. slovom Začiatok PN

Bol poistený uznaný invalidným?

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]

Podrobne opište telesné poškodenia a ich rozsah

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

Podrobne opište spôsob a druh liečenia, prípadné komplikácie, resp. prípadnú zmenu diagnózy v priebehu liečenia

Bol poistený hospitalizovaný? Nie Áno Ak áno, uveďte od do

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

Napište príznaky požitia alkoholu alebo omamných látok u poisteného. Do akej miery ovplyvnil požitý alkohol/návyková látka správanie poisteného, resp. do akej miery to malo vplyv na vznik úrazu a trvanie PN?

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

Do akej miery ovplyvnilo dĺžku PN ochorenie, ktorým poistený trpel pred vznikom úrazu? Uveďte o aké ochorenie išlo a dobu, o ktorú sa PN predĺžila v tomto prípade (od – do)

Doplňujúce zdravotné oznámenie ošetrojúceho lekára

8] 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 snímkov RTG poisteného pre potreby objektívneho posúdenia trvalých následkov revíznym lekárom poisťovne.

Miesto a dátum Telefonický kontakt ošetrojúceho lekára poisteného

Podpis a pečiatka lekára

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