

Údaj vyplní poisťovňa Poistná udalosť č.

 Ostatné údaje vyplňte čitateľne paličkovým písmom Poistná zmluva č. Dátum podpisu návrhu / zmluvy
1] Identifikačné údaje poisteného

 Priezvisko Meno Titul
 Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec] PSČ
 Rodné číslo
 Zdravotná poisťovňa
 Druh činnosti vykonávanej v zamestnaní
Údaje o praktickom lekárovi alebo lekárovi zamestnávateľa poisteného

 Priezvisko Meno Tel. číslo
 Adresa [ulica, číslo, obec] PSČ
Údaje o odbornom lekárovi poisteného

 Priezvisko Meno Tel. číslo
 Adresa [ulica, číslo, obec] PSČ
2] Identifikačné údaje oznamovateľa [osoby, ktorá oznamuje úmrtie poisteného]

 Priezvisko Meno Titul
 Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec] PSČ
 Rodné číslo Tel. kontakt E – mail
 Vzťah k poistenému Číslo účtu Kód banky
3] Poistná udalosť

 Uvedte deň, mesiac a rok úmrtia
 Úmrtie nastalo v dôsledku choroby – uvedte deň, mesiac a rok diagnostikovania choroby
 úrazu – uvedte deň, mesiac a rok úrazu
 dopravnej nehody – uvedte deň, mesiac a rok dopravnej nehody
 samovraždy – uvedte deň, mesiac a rok samovraždy

 Bolo úmrtie spôsobené vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov? Áno Nie

Uvedte opis okolností vzniku udalosti [ak poistnú udalosť vyšetroval orgán činný v trestnom konaní, uvedte aj názov a adresu vyšetrovacieho orgánu, kontaktnú osobu a číslo vyšetrovacieho spisu]

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

- úmrtý list poisteného – originál alebo úradne overená kópia dokladu
 list o prehliadke mŕtveho – kópia lekárom vyplneného dokladu
 pitevná správa – kópia dokladu [ak bola vykonaná súdna pitva]
 súdno-znalecký posudok – kópia dokladu
 protokol alebo uznesenie, ak udalosť vyšetrovala polícia
 súdne rozhodnutie, ak ide o trestný čin [uvedte aký]
 iné [uvedte aké]

5] Vyhlásenie oznamovateľa

Svojím podpisom potvrdzujem, že všetky moje odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a žiadne informácie podstatné pre likvidáciu poisťnej udalosti som nezamlčal a som si vedomý / á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a / alebo odpovedí na otázky poisťovne. Ďalej svojím podpisom potvrdzujem, že súhlasím so spracúvaním osobných údajov, ktoré sú uvedené v tomto oznámení, Poisťovňou Poštovej banky, a.s., Dvořákovo nábrežie 4, 811 02 Bratislava, IČO: 31 405 410, v súlade so zákonom č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov. Súhlas sa poskytuje na účel identifikácie oznamovateľa a zachovania možnosti následnej kontroly tejto identifikácie, na účel likvidácie poisťných udalostí a na účel ochrany a domáhania sa práv poisťovne. Údaje môžu byť poskytnuté, sprístupnené alebo odovzdané na spracovanie tretím osobám, resp. príjemcom, a to:

- zmluvnej zaistovní so sídlom v zahraničí na zaistenie, najmä spoločnosti SCOR Global Life SE, Immeuble Scor, 1 avenue du Général de Gaulle, 92074 Paris La Défense Cedex, Francúzska republika,
- zmluvným partnerom a zmluvným zástupcom poisťovne v oblasti správy poistenia a likvidácie poisťných udalostí, napríklad zmluvným partnerom zabezpečujúcim komunikáciu a korešpondenčný styk s klientom [výslovne spoločnosti Slovenská pošta, a.s., Partizánska cesta 9, 975 99 Banská Bystrica, IČO: 36 631 124], údržbu a rozvoj informačných systémov poisťovne [výslovne spoločnosti AIS Software, a.s., Provazníkova 84, 613 00 Brno, Česká republika, IČO: 60 744 511] a úkony súvisiace s likvidáciou poisťných udalostí [výslovne spoločnosti DDM-CAR, a. s., Záhradnícka 51, 821 08 Bratislava, IČO: 35 861 789].

Súhlas poskytuje oznamovateľ na dobu trvania poisťnej zmluvy, ku ktorej sa poisťná udalosť oznamuje a na dobu nevyhnutnú na uplatnenie práv a povinností stanovených zákonom poisťovní [najmenej však na dobu, po ktorú je poisťovňa povinná uschovávať dokumentáciu k poisťnej zmluve] a po uvedenú dobu nie je oznamovateľ oprávnený súhlas účinne odvolať.

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

Oznamovateľ udeľuje poisťovní súhlas, aby poisťovňa poverila spracovaním jeho osobných údajov tretiu osobu [ďalej len „Sprostredkovateľ“], a to aj tretiu osobu so sídlom mimo územia Slovenskej republiky, za predpokladu že táto zaručuje primeranú úroveň ochrany a súhlasí s tým, aby si poisťovňa plnila svoje oznamovacie povinnosti v zmysle zákona č. 428/2002 Z.z. o ochrane osobných údajov uverejnením na svojej internetovej stránke, napr. uverejnením zoznamu Sprostredkovateľov.

Svojím podpisom na tomto tlačive prijíмам návrh na uzavretie rozhodcovskej zmluvy^{1]} uvedený v ďalšej časti tohto tlačiva

Miesto a dátum podpisu oznámenia

Podpis oznamovateľa

6] Návrh na uzavretie rozhodcovskej zmluvy

Poisťovňa Poštovej banky, a. s., so sídlom Dvořákovo nábrežie 4, 811 02 Bratislava, IČO 31 405 410, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 953/B [ďalej len „Poisťovňa“], týmto predkladá oznamovateľovi návrh na uzavretie rozhodcovskej zmluvy podľa § 3 zákona č. 244/2002 Z. z. o rozhodcovskom konaní:

1. Poisťovňa a oznamovateľ sa dohodli na rozhodcovskej doložke týkajúcej sa riešenia všetkých sporov, ktoré medzi nimi vzniknú z právnych vzťahov v súvislosti s udalosťou, ktorá je predmetom oznámenia uvedeného v tomto tlačive [ďalej len „Udalosť“], a to v nasledujúcom znení:
 - a) pokiaľ bude v príslušnom spore žalobcom Poisťovňa alebo oznamovateľ, ktorý nespĺňa definíčné znaky spotrebiteľa v zmysle ustanovení Občianskeho zákonníka, predloží tento spor na prerokovanie a rozhodnutie v rozhodcovskom konaní Stálemu rozhodcovskému súdu zriadenému pri ROZHODCOVSKÁ, ARBITRÁŽNA a MEDIÁČNÁ, a.s., IČO 35862882, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 3157/B [ďalej len "Rozhodcovský súd"], a to podľa jeho Štatútu a Rokovacieho poriadku, ktoré sú platné a účinné v čase začatia rozhodcovského konania;
 - b) pokiaľ bude v príslušnom spore žalobcom oznamovateľ, ktorý spĺňa definíčné znaky spotrebiteľa v zmysle ustanovení Občianskeho zákonníka, je oprávnený predložiť tento spor na prerokovanie a rozhodnutie Rozhodcovskému súdu, a to podľa jeho Štatútu a Rokovacieho poriadku, ktoré sú platné a účinné v čase začatia rozhodcovského konania alebo všeobecnému súdu.
2. Poisťovňa a oznamovateľ sa dohodli, že sa podrobujú základným vnútorným právnym predpisom Rozhodcovského súdu, najmä Štatútu a Rokovaciemu poriadku, ktoré sú platné a účinné v čase začatia rozhodcovského konania. Jazykom rozhodcovského konania bude slovenský jazyk.
3. Poisťovňa a oznamovateľ sa ďalej dohodli, že táto rozhodcovská zmluva zaväzuje aj ich právnych nástupcov.
4. Všetky záväzkové vzťahy medzi Poisťovňou a oznamovateľom vzniknuté v súvislosti s Udalosťou sa riadia platnými právnymi predpismi Slovenskej republiky a v súlade s nimi budú vykladané, pokiaľ nie je medzi Poisťovňou a oznamovateľom dohodnuté inak.

Návrh na uzavretie rozhodcovskej zmluvy platí a rozhodcovská zmluva môže byť uzavretá iba v prípade, ak medzi Poisťovňou a oznamovateľom v čase doručenia návrhu oznamovateľovi nie je uzavretá iná rozhodcovská zmluva, ktorá sa vzťahuje na riešenie sporov týkajúcich sa, súvisiacich alebo vzniknutých z Udaloostí.



Ing. Alexandra Pavlovičová
predseda predstavenstva
Poisťovňa Poštovej banky, a. s.



Ing. Roman Goldberger
člen predstavenstva
Poisťovňa Poštovej banky, a. s.

Poplatok účtovaný lekárom za vyplnenie časti **príloha o zdravotnom stave** tohto tlačiva Vám uhradíme podľa cenníka honorárov poisťovne po predložení originálu dokladu o zaplatení na Váš účet alebo poštovým peňažným poukazom na Vašu adresu uvedenú v časti 2].

^{1]} v prípade nesúhlasu s návrhom rozhodcovskej zmluvy, preškrtnite návrh na uzavretie rozhodcovskej zmluvy

Túto prílohu vyplní a potvrdí lekár poisteného v prípade úmrtia poisteného z dôvodu choroby. Bez potvrdenia údajov o zdravotnom stave poisteného lekárom nebudú tieto údaje pre vyšetrenie oznámenej poistnej udalosti akceptované.

Údaje o zdravotnom stave poisteného [čitateľne vyplní a potvrdí všeobecný lekár poisteného – pri nedostatku miesta pokračujte na zadnej strane]

Meno a priezvisko poisteného

Rodné číslo poisteného Výška poisteného v cm Váha poisteného v kg

7a) Identifikácia choroby a príčiny v dôsledku, ktorej vznikla poistná udalosť

Uveďte, diagnózu choroby a príčiny v dôsledku, ktorej vznikla poistná udalosť – uveďte jednotlivé diagnózy a rozpätie ich trvania

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"/>

Dátum vzniku danej choroby [t. j. dátum, kedy bola choroba prvýkrát diagnostikovaná, resp. dokladovaná v dokumentácii]

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 podpisu návrhu / zmluvy – uveďte deň, mesiac a rok¹⁾

Uveďte, ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal zistené [napr. psychická porucha, epilepsia, mentálna retardácia, infarkt myokardu, cievne choroby mozgu, arteriálna hypertenzia III. štádium, hypertenzia zo zúženia obličkovej tepny, diabetes mellitus [cukrovka], ischemická choroba dolných končatín alebo srdca, angína pectoris, zhubný novotvar [nádor], rakovina, ochrnutie, HIV/AIDS, Crohnova choroba, Parkinsonova choroba, Alzheimerova choroba, skleróza multiplex, encefalitída] a kedy uvedené ochorenia začali [t. j. 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"/>

Uveďte, či sa poistený k dátumu podpisu návrhu / zmluvy:

- liečil na akútne ochorenie Nie Áno
- bol pripútaný na lekárske lôžko Nie Áno
- bol v ústavnej zdravotnej starostlivosti Nie Áno

Ak áno, uveďte podrobnejšie informácie a rozpätie od – do:

Uveďte práceneschopnosti [PN] s diagnózami a trvaním PN v období 3 rokov pred začiatkom poistenia

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? Nie Áno

Ak áno, uveďte dátum od kedy a mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť

¹⁾ vpíšte deň, mesiac a rok podpisu návrhu / zmluvy, ktorý je uvedený v oznámení poistnej udalosti; ak nie je uvedený, získate ho na tel. čísle poisťovne 02 3300 0031

7c] Miesto na doplnenie

7d] Čestné vyhlásenie praktického lekára poisteného

Praktický lekár poisteného čestne vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a nezamlčal žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného, čo potvrdzuje svojim podpisom.

Miesto a dátum vyplnenia údajov o zdravotnom stave

Telefonický kontakt lekára

Podpis a pečiatka lekára