

Údaje v nasledujúcom riadku vyplní poisťovňa, ostatné údaje vyplňte čitateľne paličkovým písmom

Poistná udalosť č.  Poistná zmluva č.  Dátum podpisu návrhu / zmluvy

**Informácie pre poisteného**

- vznik poistnej udalosti je potrebné čo najskôr oznámiť poisťovni
- poistený vyplní všetky údaje v bodoch 1 – 6
- správu ošetrojúceho lekára vyplní ošetrojúci lekár, ktorý ma k dispozícii zdravotnú dokumentáciu
- v prípade potreby Vás pozveme na lekársku prehliadku – postupujte podľa pokynov uvedených v predvolaní

**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   
Číslo osobného účtu  Kód banky   
Zdravotná poisťovňa   
Druh činnosti vykonávanej v zamestnaní

**Údaje o praktickom lekárovi alebo lekárovi zamestnávateľa poisteného**

Priezvisko  Meno  Tel. kontakt   
Adresa [ulica, číslo, obec]  PSČ

**2] Identifikačné údaje oznamovateľa [vyplňte, len ak nie je totožný s poisteným]**

Priezvisko  Meno  Titul   
Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec]  PSČ   
Rodné číslo  /  Tel. kontakt  E - mail

**3] Poistná udalosť**

Prvé príznaky kritickej choroby poisteného sa prejavili [uvedte dátum]  a presný čas [hh:mm]

Opište príznaky kritickej choroby a ťažkosti

Prvýkrát bola diagnóza kritickej choroby poistenému stanovená [uvedte dátum]

Uvedte názov kritickej choroby [diagnózu]

Uvedte názvy a adresy zdravotníckych zariadení, v ktorých sa poistený liečil po stanovení diagnózy kritickej choroby, dobu trvania liečby [dátum od – do], ako aj mená lekárov a spôsob liečby [operácia, dialýza, konzervatívna liečba v lôžkovom zariadení, kúpele a pod.]

Uvedte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia a meno lekára, u ktorého je dostupná zdravotná dokumentácia o kritickej chorobe poisteného

1] vyplňte, len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

Bola poisťná udalosť oznámená orgánom činným v trestnom konaní?  Nie  Áno Ak áno, uveďte

Dátum oznámenia  Orgán činný v trestnom konaní  Číslo konania

Zodpovedná osoba

#### 4] Požadované doklady [krížikom označte, tie ktoré prikleďáte]

- súdne rozhodnutie** súvisiace s poisťnou udalosťou
- policajný protokol / uznesenie**, ak túto poisťnú udalosť vyšetrovala polícia
- iné doklady** súvisiace s poisťnou udalosťou [uveďte aké]

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

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 nezamýšľal 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 plnenia povinností poisťovne voči poistenému a / alebo oznamovateľovi, na účel ochrany a domáhania sa práv poisťovne voči poistenému a/alebo oznamovateľovi. 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 spoločnosť Slovenská pošta, a. s., Partizánska cesta 9, 975 99 Banská Bystrica, IČO 36 631 124], údržbu a rozvoj informačných systémov poisťovne [výslovne spoločnosť AIS Software, a. s., Provozničkova 84, 613 00 Brno, Česká republika, IČO 60 744 511] a úkony súvisiace s likvidáciou poisťných udalostí [výslovne spoločnosť 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 prijímam návrh na uzavretie rozhodcovskej zmluvy<sup>2]</sup> uvedený v ďalšej časti tohto tlačiva

Miesto a dátum podpisu oznámenia

Podpis poisteného / 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 poistenému [ďalej len „Oznamovateľ“] 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 definičné 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 MEDIAČNÁ, a. s., IČO 35 862 882, 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 definičné 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 Udalosti.

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

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

2] v prípade nesúhlasu s návrhom rozhodcovskej zmluvy, preškrtnite návrh na uzavretie rozhodcovskej zmluvy

**7] Správa ošetrojúceho lekára**

 Rodné číslo poisteného 
**Informácie pre lekára**

Nižšie uvedená tabuľka podáva informáciu o:

- kritických chorobách krytých pripoistením kritickej choroby, podstúpení chirurgického zákroku alebo zaradení na čakaciu listinu pre orgánovú transplantáciu [ďalej len „kritické choroby“]
- nevyhnutných údajoch na stanovenie konečnej diagnózy kritickej choroby
- potvrdeniach, ktoré je poistený povinný predložiť poisťovni

| Kritická choroba  | Nevyhnutné údaje  | Potvrdenia  |
|---|---|---|
| <b>Infarkt myokardu</b><br>[akútna koronárna príhoda]                             | subjektívne ťažkosti, typické bolesti na hrudníku, typické zmeny v zázname EKG, elevácia špecifických kardiálnych enzýmov, troponínu alebo iných typických biochemických markerov   | lekárske potvrdenie o diagnóze od kardiológa alebo internej kliniky, v ktorej bol poistený hospitalizovaný, a prepúšťacia správa o hospitalizácii z dôvodu infarktu myokardu  |
| <b>Akútna cievna mozgová príhoda</b><br>[cerebrálna apoplexia]                    | subjektívne ťažkosti, trvalý neurologický deficit [napr. na základe ADL skóre]  | lekárske potvrdenie o diagnóze a o neurologickom poškodení priamo súvisiacom s predmetnou príhodou od lekára neurologického oddelenia zdravotníckeho zariadenia   |
| <b>Rakovina</b>   | histologický nález, klasifikácia na základe TNM   | lekárske potvrdenie o diagnóze od odborného lekára špecializovaného zdravotníckeho zariadenia   |
| <b>Benígný nádor mozgu</b>  | prítomnosť tumoru musí byť potvrdená CT vyšetrením alebo MRI  | potvrdenie o vykonaní chirurgického zákroku alebo lekárske potvrdenie o permanentných neurologických symptómoch priamo súvisiacich s neoperabilným benígnym nádorom mozgu, od odborného lekára špecializovaného zdravotníckeho zariadenia   |
| <b>Chronické renálne zlyhanie</b><br>[zlyhanie obličiek]                          | výsledky vyšetrení, ktoré indikovali zaradenie do dialyzačného a/alebo transplantáčného programu, zahájenie a frekvencia dialýzy  | lekárske potvrdenie o pravidelnej dialyzačnej liečbe trvajúcej aspoň tri po sebe nasledujúce mesiace od atestovaného nefrológa  |
| <b>Slepotá</b>  | subjektívne ťažkosti, oftalmologický nález, diagnóza permanentnej straty zraku by mala byť potvrdená v intervale minimálne šesť mesiacov po ochorení alebo úraze, ktoré boli bezprostrednými príčinami vyvolávajúcimi stratu zraku  | oftalmologické lekárske potvrdenie od atestovaného oftalmológa najskôr po šiestich mesiacoch od stanovenia diagnózy u poisteného a potvrdzujúce jej trvalosť  |
| <b>Hluchota</b>   | subjektívne ťažkosti, nález, diagnóza by mala byť potvrdená v intervale minimálne šesť mesiacov po špecifickom ochorení alebo úraze, ktoré boli bezprostrednými príčinami vyvolávajúcimi stratu sluchu  | lekárske potvrdenie o diagnóze doložené audiometrickým vyšetrením od atestovaného otorinolaryngológa najskôr po šiestich mesiacoch od stanovenia diagnózy hluchoty u poisteného a potvrdzujúce jej trvalosť   |
| <b>Ochrnutie</b><br>[paralýza]  | subjektívne ťažkosti, presný popis úplného ochrnutia jednotlivých končatín [ dátum stanovenia diagnózy ]  | lekárske potvrdenie o diagnóze ochrnutia najskôr však šesť mesiacov po stanovení diagnózy od neurologickej odbornej kliniky alebo atestovaného neurológa  |
| <b>Transplantácia životne dôležitých orgánov</b>                                  | výsledky vyšetrení, ktoré indikovali zaradenie do transplantáčného programu, operačná diagnóza a vlastný výkon, kópia operačnej vložky  | lekárske potvrdenie o transplantáčnej chirurgii alebo o zaradení poisteného na národnú listinu čakateľov pre transplantáciu od odborného lekára špecializovaného zdravotníckeho zariadenia na území SR, ktoré transplantáčnú chirurgiu vykonalo alebo zaradenie pre transplantáciu uskutočnilo  |
| <b>Cievna chirurgia s náhradou aorty štepom</b><br>[operácia aorty]               | subjektívne ťažkosti, predoperačný popis disekujúcej aneurizmy aorty, kópia operačnej vložky  | operačnú správu a prepúšťacia správa od odborného lekára špecializovaného zdravotníckeho zariadenia na území SR, ktoré operáciu vykonalo. Ak bola operácia vykonaná mimo územia SR, je potrebný predbežný súhlas poisťovne na vykonanie operácie v zahraničí a operačná a prepúšťacia správa špecializovaného zdravotníckeho zariadenia zo zahraničia*<br>* Zdravotnú dokumentáciu zo zahraničia je potrebné predložiť i v overenom preklade do slovenského jazyka. |
| <b>Popáleniny</b>   | presný popis popálenín III. stupňa s postihnutím minimálne 30 % telesného povrchu   | lekárske potvrdenie o diagnóze popáleniny III. stupňa s popisom lokalizácie a rozsahu popálenín od odborného lekára   |
| <b>HIV/AIDS v dôsledku profesijnej expozície</b><br>[HIV získaná v zamestnaní]    | krvné testy v priebehu piatich dní od príhody, ktoré dokážu absenciu HIV alebo jeho protilátok, dôkaz existencie HIV vírusov alebo HIV protilátok vykonaný najskôr po štyroch mesiacoch po príhode prostredníctvom ďalšieho testu krvi  | lekárske potvrdenie o diagnóze od odborného lekára  |
| <b>HIV/AIDS v dôsledku transfúzie krvi</b><br>[HIV získaná počas transfúzie krvi] | zdravotnícke zariadenie, ktoré kontaminovanú krvnú konzervu podalo, musí písomne potvrdiť svoju zodpovednosť za prenos vírusu HIV na poisteného   | lekárske potvrdenie o diagnóze od odborného lekára a lekárske potvrdenie dokladujúce, že príčinou infekcie vírusom HIV alebo ochorenia AIDS je transfúzia infikovanej krvnej konzervy od odborného lekára zdravotníckeho zariadenia, ktoré transfúziu vykonalo  |
| <b>Parkinsonova choroba</b>   | subjektívne ťažkosti, neschopnosť [bez kontinuálnej asistencie inej osoby] vykonávať tri alebo viac aktivít bežného denného života [ADL klasifikácia], diagnóza musí byť stanovená vo veku do 60 rokov atestovaným neurológom a opakovane potvrdená najskôr však tri mesiace po stanovení diagnózy atestovaným neurológom | lekárske potvrdenie o diagnóze najskôr však tri mesiace po stanovení diagnózy atestovaným neurológom  |
| <b>Alzheimerova choroba</b>   | subjektívne ťažkosti, diagnóza musí byť stanovená pred dovŕšením veku 60 rokov a opakovane potvrdená najskôr však tri mesiace po stanovení diagnózy atestovaným neurológom  | lekárske potvrdenia o diagnóze najskôr však tri mesiace po stanovení diagnózy atestovaným neurológom  |
| <b>Skleróza multiplex</b>   | subjektívne ťažkosti, výsledky vyšetrení CT alebo MR, počet relapsov [ dátum od – do ]  | lekárske potvrdenie o diagnóze najskôr však šesť mesiacov od stanovenia diagnózy od atestovaného neurológa  |
| <b>Encefalitída</b>   | subjektívne ťažkosti, neurologický nález  | lekárske potvrdenie o diagnóze najskôr však tri mesiace od stanovenia diagnózy od atestovaného neurológa  |

Uveďte, ktorá z vyššie uvedených kritických chorôb bola poistenému diagnostikovaná, resp. aký typ výkonu bol vykonaný.

Uveďte dátum stanovenia diagnózy

Uveďte dátum opakovaného potvrdenia diagnózy

Uveďte dátum vykonania chirurgického zákroku alebo zaradenia na čakaciu listinu pre orgánovú transplantáciu

Uveďte príznaky, vyšetrenia a nálezy [podľa tabuľky uvedenej v tomto tlačíve]

Uveďte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bola stanovená diagnóza, meno odborného lekára[ov] a telefonický kontakt.

Uveďte dátum zistenia prvých príznakov kritickej choroby alebo porúch, ktoré súvisia s kritickou chorobou

Uveďte názov a adresu zdravotníckeho zariadenia, v ktorom boli zistené prvé príznaky kritickej choroby, meno odborného lekára[ov] a telefonický kontakt.

Doplňujúce zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára

## 8] Vyhlásenie ošetrojúceho lekára

Ako ošetrojúci lekár poisteného vyhlasujem, že všetky moje odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a nezamýšľam žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného.

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

Miesto a dátum vyplnenia správy

Telefonický kontakt ošetrojúceho lekára

Podpis a pečiatka lekára

Adresa ambulancie ošetrojúceho lekára poisteného

Vyplnené oznámenie spolu s prílohami [dokladmi] pošlite na korešpondenčnú adresu: **Poisťovňa Poštovej banky, a. s., Dvořákovo nábrežie 4, 818 03 Bratislava 16**  
Vaše prípadné otázky zodpovieme na tel. čísle **02 3300 0031**