

Tento údaj vyplní poisťovňa Poistná udalosť č.   
 Nasledujúce 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  /  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] Pracovná neschopnosť [PN]**

Uvedte deň, mesiac a rok vzniku PN   
 PN nastala v dôsledku  choroby [vrátane tehotenstva]  
 úrazu – uvedte deň, mesiac a rok, kedy sa úraz stal   
 Ak ide o následky úrazu z minulosti, uvedte, o aký úraz išlo a tiež deň, mesiac a rok, kedy sa stal   
 dopravnej nehody – uvedte deň, mesiac a rok dopravnej nehody   
 pokusu o samovraždu – uvedte deň, mesiac a rok pokusu o samovraždu   
 Bol poistený už v minulosti PN z rovnakého dôvodu ako teraz?  Áno  Nie Ak áno, uvedte dobu trvania PN od – do   
 Bol poistený k dátumu vzniku PN zamestnaný?  Áno  Nie  
 Bol na materskej / rodičovskej dovolenke?  Áno  Nie

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

Bola PN spôsobená pod 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

**4] Požadované doklady [krížikom označte, tie ktoré prídáte]**

- potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti [I. časť]** – kópia lekárom vystaveného dokladu  
 Trvanie pracovnej neschopnosti musí poistený predložiť poisťovni najmenej raz za kalendárny mesiac, najneskôr však do 5. dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, počas ktorého bol poistený práceneschopný.
- prepúšťacia správa príslušného zdravotníckeho zariadenia** – kópia dokladu [ak bol poistený v dôsledku poistnej udalosti hospitalizovaný]
- iné [uvedte aké]**

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

## 5] Vyhlásenie oznamovateľa [pre účely tohto tlačiva sa oznamovateľom rozumie osoba oznamujúca poistnú 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 poistnej udalosti som nezamíchal 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 poistných udalostí a plnenia povinnosti 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 poistných 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 poistných udalostí [výslovne spoločnosti DDM-CAR, a. s., Záhradnícka 51, 821 08 Bratislava, IČO 35 861 789].

Súhlas poskytuje oznamovateľ na dobu trvania poistnej zmluvy, ku ktorej sa poistná 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 poistnej 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. Roman Goldberger  
člen predstavenstva  
Poisťovňa Poštovej banky, a. s.

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

Túto prílohu vyplní a potvrdí lekár poisteného v prípade úmrtia, invalidity, hospitalizácie alebo pracovnej neschopnosti vždy z dôvodu choroby.

Rodné číslo poisteného  Výška poisteného v cm  Váha poisteného v kg

Druh poistnej udalosti <sup>1)</sup>  úmrtie z dôvodu choroby  
 invalidita z dôvodu choroby  
 pracovná neschopnosť z dôvodu choroby [vrátane tehotenstva]  
 hospitalizácia z dôvodu choroby [vrátane tehotenstva]

V prípade nedostatku miesta pri vyplňaní údajov v 1. a 2. časti pokračujte na zadnej strane prílohy

### 1] 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

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"/>

### 2] Zdravotný stav poisteného k dátumu podpisu návrhu / zmluvy – uveďte deň, mesiac a rok<sup>2)</sup>

Uveďte, ktoré iné choroby alebo poruchy zdravotného stavu mal poistený zistené [napr. vysoký krvný tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita, rakovina alebo nádor akéhokoľvek druhu] 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"/>

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"/>

Je poistenému priznaný invalidný dôchodok?  Nie  Áno Čaká na jeho priznanie od dátumu

### 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.

Miesto a dátum vyplnenia prílohy

Telefonický kontakt ošetrojúceho lekára

Podpis a pečiatka lekára

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

1] príslušný druh poistnej udalosti označte krížikom

2] vpište deň, mesiac a rok podpisu poistenia, ktoré sú uvedené v oznámení poistnej udalosti; ak nie je uvedený, získate ho na tel. čísle poisťovne **02 3300 0031**