

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**

- nárok na odškodné za trvalé následky úrazu vzniká za predpokladu, že liečba je ukončená a zdravotný stav ustálený najneskôr 1 rok po úraze a do 4 rokov od vzniku úrazu
- správu ošetrojúceho lekára vyplní ošetrojúci lekár, ktorý ma k dispozícii zdravotnú dokumentáciu o úraze
- v prípade potreby Vás pozveme na lekársku prehliadku – postupujte podľa pokynov uvedených v predvolaní

**1] Identifikačné údaje poisteného**

Priezvisko  Meno  Titul   
Adresa trvalého bydliska  PSČ   
[ulica, číslo, obec]  
Rodné číslo  /  Tel. kontakt  E - mail   
Korešpondenčná adresa<sup>1)</sup>  PSČ   
[ulica, číslo, obec]  
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  PSČ   
[ulica, číslo, obec]  
Rodné číslo  /  Tel. kontakt  E - mail

**3] Poistná udalosť**

Uvedte deň, mesiac a rok vzniku poistnej udalosti  a presný čas [hh:mm]   
Miesto vzniku poistnej udalosti   
[ulica, číslo, obec, PSČ]  
Poistná udalosť bola 1. krát oznámená poisťovni, uvedte dátum  a presný čas [hh:mm]   
Opíšte okolnosti a príčinu vzniku poistnej udalosti

Napište, ktorá časť tela bola poškodená a v akom rozsahu

Bola táto časť tela funkčne alebo vizuálne poškodená už pred touto poistnou udalosťou?  Áno  Nie

Poistený je  pravák  ľavák

Bola poistná udalosť oznámená orgánom činným v trestnom konaní?  Áno  Nie Ak áno, uvedte dátum oznámenia, názov a adresu vyšetrovacieho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu.

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

- súdne rozhodnutie** súvisiace s poistnou udalosťou
- policajný protokol / uznesenie**, ak túto poistnú udalosť vyšetrovala polícia
- iné doklady** súvisiace s poistnou udalosťou [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 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 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 [výslovné spoločnosti Slovenská pošta, a.s., Partizánska cesta 9, 975 99 Banská Bystrica, IČO 36 631 124], údržbu a rozvoj informačných systémov poisťovne [výslovné spoločnosti AIS Software, a.s., Provazníkova 84, 613 00 Brno, Česká republika, IČO 60 744 511] a úkony súvisiace s likvidáciou poistných udalostí [výslovné 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 „Udalosť“], a to v nasledujúcom znení:

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.

<sup>2]</sup> v prípade nesúhlasu s návrhom rozhodcovskej zmluvy, preškrtnite návrh na uzavretie rozhodcovskej zmluvy

Rodné číslo poisteného

Výška poisteného v cm

Váha poisteného v kg

### 1] Správa ošetrujúceho lekára – trvalé následky úrazu

Napište, aké trvalé následky zanechal úraz zo dňa

Opište objektívne príznaky trvalých následkov, najmä poruchy funkcií úrazom postihnutých častí tela. Ak úraz zanechal jazvy, uveďte ich dĺžku, plochu, druh a lokalizáciu.

Majú na rozsah trvalých následkov úrazu vplyv choroby nesúvisiace s úrazom?

 Nie Áno

Ak áno, uveďte názov choroby

Nastali zistené zmeny zdravotného stavu výlučne úrazom?

 Nie Áno

Je liečenie úrazu ukončené a zdravotný stav ustálený?

 Nie Áno

Napište prognózu ďalšej liečby

Bola postihnutá časť tela poškodená už pred týmto úrazom?

 Nie Áno

Ak áno, uveďte dátum, príčinu a rozsah poškodenia

Doplňujúce zdravotné oznámenia ošetrujúceho lekára

### 2] Vyhlásenie ošetrujúceho lekára

Ako ošetrujúci lekár poisteného vyhlasujem, že všetky moje odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné nezamlčal som 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 trvalých následkov revíznym lekárom poisťovne.

Miesto a dátum vyplnenia správy

Telefonický kontakt ošetrujúceho lekára poisteného

Podpis a pečiatka lekára

Adresa ambulancie ošetrujúceho lekára poisteného