

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 PSČ
 [ulica, číslo, obec]
 Rodné číslo / Tel. kontakt E - mail
 Korešpondenčná adresa¹⁾ 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] Hospitalizácia v zdravotníckom zariadení

 Uveďte deň, mesiac a rok nástupu poisteného do zdravotníckeho zariadenia

 Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bol poistený hospitalizovaný

 Hospitalizácia nastala v dôsledku choroby [vrátane tehotenstva]²⁾
 úrazu

 Dôvod hospitalizácie v zdravotníckom zariadení [diagnóza]

 Dátum prepustenia zo zdravotníckeho zariadenia

 Predpokladaná doba hospitalizácie pokiaľ hospitalizácia ešte trvá
Potvrdenie zdravotníckeho zariadenia [prepúšťacia správa]
 je priložená bude zaslaná po skončení hospitalizácie

4] Vyhlasenie 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 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 zaisťovní 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., Provozničkova 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 zmluvy³⁾ uvedený v ďalšej časti tohto tlačiva.

 Miesto a dátum podpisu oznámenia

 Podpis poisteného / oznamovateľa

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

2) pri hospitalizácii poisteného v dôsledku choroby [vrátane tehotenstva] priložte aj prílohu o zdravotnom stave, ktorú na základe tohto oznámenia vyplní lekár poisteného

3) v prípade nesúhlasu s návrhom rozhodcovskej zmluvy, preškrtnite návrh na uzavretie rozhodcovskej zmluvy

5] 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:

- 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 tlačíve [ďalej len „Udalosť“], a to v nasledujúcom znení:
 - 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;
 - 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.
- 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.
- Poisťovňa a Oznamovateľ sa ďalej dohodli, že táto rozhodcovská zmluva zaväzuje aj ich právnych nástupcov.
- 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.

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 ¹⁾ 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 rok²⁾

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.

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 prílohy

Telefonický kontakt ošetrojúceho lekára

Podpis a pečiatka lekára

Vyplnené oznámenie spolu s prílohami [dokladmi] pošlite na korešpondenčnú adresu: **Poistovňa Poštovej banky, a. s., Dvořákov nábřeží 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, ktorý je uvedený v oznámení poistnej udalosti; ak nie je uvedený, získate ho na tel. čísle poisťovne **02 3300 0031**