

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

 Poisťná udalosť č. Poisťná zmluva č. Dátum podpisu návrhu / zmluvy
Informácie pre poisteného

- nárok na denné odškodné za dobu nevyhnutného liečenia úrazu vzniká za predpokladu, že doba nevyhnutného liečenia trvá min. 22 dní alebo doba nevyhnutného liečenia trvá min. 15 dní
- správu ošetrojúceho lekára vyplní lekár, ktorý úraz liečil a má k dispozícii zdravotnú dokumentáciu o úraze
- v prípade potreby vás pozveme na lekársku prehliadku – postupujte podľa pokynov uvedených v predvolaní
- súčasťou tohto oznámenia musí byť aj zdravotná dokumentácia o úraze

1] Identifikačné údaje poisteného

 Priezvisko Meno Titul
 Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec] PSČ
 Rodné číslo / Tel. kontakt E - mail
 Korešpondenčná adresa¹⁾ [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] Poisťná udalosť

 Uveďte deň, mesiac a rok vzniku poisťnej udalosti a presný čas [hh:mm]
 Miesto vzniku poisťnej udalosti [ulica, číslo, obec, PSČ]
 Poisťná udalosť bola 1. krát oznámená poisťovni, uveďte dátum a presný čas [hh:mm]

Opíšte okolnosti a príčinu vzniku poisťnej udalosti

Napište, ktorá časť tela bola poškodená a v akom rozsahu

 Bola táto časť tela funkčne alebo vizuálne poškodená už pred touto poisťnou udalosťou? Áno Nie Poistený je pravák ľavák

 Bol poistený v dôsledku úrazu práceneschopný? Áno Nie

 Vznikla poisťná udalosť pri výkone povolania? Áno Nie Ak áno, uveďte obchodné meno a sídlo zamestnávateľa poisteného

 Obchodné meno zamestnávateľa
 Sídlo zamestnávateľa [ulica, číslo, obec, PSČ]
K úrazu došlo [označte správny údaj]

- v domácnosti v škole alebo pri akcii organizovanej školou v cestnej doprave v inej doprave pri športe
 pri pešej chôdzi vrátane rekreačnej činnosti pri opravárskej, údržbárskej alebo podobnej činnosti pri podnikateľskej činnosti
 pri inej činnosti mimo povolania, napíšte pri akej

Čo zapríčinilo úraz? [označte správny údaj]

- dopravný prostriedok manipulácia so strojom alebo nástrojom manipulácia s materiálom pád, pošmyknutie
 pád predmetu, zavalenie výbuch, chemikália, strelná zbraň, elektrina plyn, žiarenie, popálenie, jed napadnutie zvierateľom
 napadnutie inou osobou iná príčina, napíšte aká

 Bola poisťná udalosť oznámená orgánom činným v trestnom konaní? Áno Nie Ak áno, uveďte názov a adresu vyšetrovacieho orgánu a číslo vyšetrovacieho spisu.

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

Túto časť vyplňte, ak poistná udalosť vznikla pri športovej, telovýchovnej činnostiSte registrovaný športovec? Áno Nie Ak áno, uveďte názov športu a súťaže Bola športová alebo telovýchovná činnosť organizovaná? Áno Nie Ak áno, uveďte názov organizácie **Túto časť vyplňte, ak poistná udalosť vznikla pri dopravnej nehode**

Údaje o motorovom vozidle

Továrenská značka Typ Evidenčné číslo motorového vozidla Počet miest na sedenie Počet prepravovaných osôb

Údaje o vodičovi motorového vozidla

Priezvisko Meno Titul Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec] PSČ

Údaje o spolucestujúcich, ktorí boli zranení

Priezvisko	Meno	Adresa

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

- súdne rozhodnutie** súvisiace s poistnou udalosťou
- policiálny protokol / uznesenie**, ak túto poistnú udalosť vyšetrovala polícia
- iné doklady** súvisiace s poistnou udalosťou [uveďte aké]

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 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 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 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^{2]} 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:

- 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:
 - 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, ARBITRAŽNA a MEDIÁČNA, 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 Statútu a Rokovacieho poriadku, ktoré sú platné a účinné v čase začatia rozhodcovského konania;
 - 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 Statútu 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 Statútu a Rokovacieho 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.

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

Správa ošetrojúceho lekára je neoddeliteľnou prílohou oznámenia poistnej udalosti – úraz, túto správu vyplní a potvrdí lekár, ktorý ošetroval úraz poisteného.

Rodné číslo poisteného Výška poisteného v cm Váha poisteného v kg
 Prvé lekárske ošetrenie bolo vykonané, uveďte dátum a presný čas [dd.mm.rrrr] [hh:mm]

1] Údaje o lekárovi, ktorý poskytol prvé ošetrenie úrazu

Priezvisko Meno Titul
 Adresa ambulancie [ulica, číslo, obec] PSČ

Diagnóza úrazu, v dôsledku ktorého vznikla poistná udalosť – podrobne opíšte telesné poškodenia a rozsah telesných poškodení spôsobených úrazom

Zodpovedajú telesné poškodenia a ich rozsah okolnostiam a príčine vzniku úrazu, ako sú uvedené v oznámení o poistnej udalosti – úraz? Nie Áno

Opíšte nález z vyšetrenia zo dňa [RTG, CT, Nukleárna magnetická rezonancia, Audio, Perimeter a pod.]

Podrobne opíšte spôsob a druh liečenia – v prípade rehabilitácie napíšte jej výsledky, frekvenciu a dĺžku

Bol poistený hospitalizovaný? Nie Áno Ak áno, uveďte rozpätie trvania hospitalizácie, názov a adresu liečebného zariadenia

Hospitalizovaný od do Názov liečebného zariadenia

Adresa [ulica, číslo, obec] PSČ

Zanechá úraz trvalé následky? Nie Áno Ak áno, uveďte ktoré časti tela budú poškodené a rozsah poškodenia

Vznikol úraz pod vplyvom alkoholu alebo omamných látok? Nie Áno Ak áno, uveďte množstvo alkoholu v krvi [v %] alebo názov omamnej látky

Napíšte príznaky požitia alkoholu alebo omamných látok u poisteného. Ako ovplyvnilo požitie alkoholu alebo omamných látok správanie poisteného?

Bola postihnutá časť tela poškodená už pred týmto úrazom? Nie Áno Ak áno, uveďte dátum, príčinu a rozsah poškodenia

Nastali počas liečenia úrazu komplikácie, ktoré predĺžili nevyhnutný čas liečenia? Nie Áno Ak áno, uveďte druh a príčinu komplikácie

Nevyhnutný čas liečenia úrazu [aj vrátane komplikácie] trval od do

Bolo poistenému vystavené hlásenie o pracovnej neschopnosti [PN]? Nie Áno Ak áno, uveďte rozpätie trvania PN, číslo hlásenia a dátum vystavenia

PN od do Číslo hlásenia PN Dátum vystavenia

Doplňuje zdravotné oznámenie ošetrojúceho lekára

2] Vyhlásenie ošetrojúceho lekára

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

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

Miesto a dátum vyplnenia správy Telefonický kontakt ošetrojúceho lekára poisteného Podpis a pečiatka lekára

Vyplnené oznámenie spolu s prílohami [doklady] 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**