

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

Zmluva o úvere č.  Poistná zmluva č.  Dátum začiatku poistenia

## 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 úverového účtu  Číslo osobného účtu

## Údaje o praktickom lekárovi alebo lekárovi zamestnávateľa poisteného

Priezvisko  Meno  Titul   
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] Strata zamestnania a následná nezamestnanosť

Uvedte dôvod rozviazania pracovného pomeru poisteného

Uvedte dátum prevzatia písomného oznámenia zamestnávateľa o rozviazaní prac. pomeru poisteným – deň, mesiac a rok

Uvedte dátum registrácie v evidencii uchádzačov o zamestnanie na úrade práce – deň, mesiac a rok

Uvedte obchodné meno, adresu, tel. kontakt a e-mail zamestnávateľa, u ktorého bol poistený naposledy zamestnaný

Uvedte obchodné meno, adresu, tel. kontakt a e-mail zamestnávateľa poisteného, ku dňu vzniku poistenia a dobu trvania pracovného pomeru

Uvedte adresu úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, na ktorom je poistený vedený v evidencii uchádzačov o zamestnanie

Došlo k strate zamestnania a následnej nezamestnanosti 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 prikladáte]

- pracovná zmluva vrátane všetkých jej dodatkov – úradne overená kópia
- doklad o rozviazaní pracovného pomeru – kópia
- potvrdenie o zápočte rokov – kópia
- overená kópia potvrdenia, že poistený je registrovaný na úrade práce ako evidovaný nezamestnaný a zároveň poberá podporu v nezamestnanosti, príp. dávky sociálneho charakteru a štátnej sociálnej podpory nahrádzajúcej podporu v nezamestnanosti, príp. nie je mu poskytnutá podpora v nezamestnanosti alebo dávky sociálneho charakteru a štátnej sociálnej podpory nahrádzajúcej podporu v nezamestnanosti z dôvodu jeho majetkových pomerov

Trvanie nezamestnanosti musí poistený preukázať poisťovni najmenej raz za kalendárny mesiac, najneskôr však do 5. dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, počas ktorého bol poistený nezamestnaný.

- rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní / nepriznaní podpory [dávky] v nezamestnanosti – kópia

<sup>1]</sup> 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 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 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., Provozničkova 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 poisťovni 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 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 definíčné 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 MEDIÁČNÁ, 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 definíčné 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.

**Bez potvrdenia údajov o zdravotnom stave poisteného lekárom v časti 7] nebudú tieto údaje pre šetrenie oznámenej poistnej udalosti akceptované.**

Poplatok účtovaný lekárom za vyplnenie časti 7] tohto tlačiva Vám uhradíme podľa cenníka honorárov poisťovne po predložení originálu dokladu o zaplatení na Váš účet alebo poštovým peňažným poukazom na Vašu adresu uvedenú v časti 1].

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

**7) Údaje o zdravotnom stave poisteného [čitateľne vyplní a potvrdí praktický lekár poisteného]**

Meno a priezvisko poisteného

Rodné číslo poisteného

Výška poisteného v cm

Váha poisteného v kg

**7a) Zdravotný stav poisteného [pri nedostatku miesta pokračujte na zadnej strane]**

Uvedte, ktoré choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal / dodnes má zistené [napr. vysoký krvný tlak, diabetes, srdcové choroby, obezita, rakovina alebo nádor akéhokoľvek druhu] a kedy začali [t. j. kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácií].

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"/>

Je poistený v súčasnosti PN?  Nie  Áno Ak áno uvedte diagnózu slovom a dátumom začiatku PN.

Diagnóza	Začiatok PN
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Užíva / al poistený pravidelne lieky?  Nie  Áno Ak áno, uvedte názov lieku, dávkovanie, začiatok užívania a diagnózu kvôli, ktorej ich užíva / al.

Názov lieku	Dávkovanie	Začiatok užívania	Diagnóza
<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 / bol poistený pod pravidelným lekárskeym dohľadom v dôsledku zisteného chronického ochorenia s trvalým užívaním liekov?  Nie  Áno  
Ak áno, uvedte odkedy, diagnózu, dátum prvého diagnostikovania, užívané lieky a dátum začiatku ich užívania.

Začiatok lekárskeho dohľadu	Diagnóza	Dátum prvého diagnostikovania	Názov lieku	Začiatok užívania
<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 / bol poistený hospitalizovaný v nemocnici alebo v inom zdravotníckom zariadení?  Nie  Áno Ak, áno uvedte odkedy a diagnózu.

Dátum začiatku hospitalizácie	Diagnóza
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Je / bol poistený v pravidelnej lekárskej opatere v dôsledku zisteného ochorenia ku dňu začiatku poistenia?  Nie  Áno

Ak áno, uvedte odkedy [deň, mesiac, rok]

Uvedte 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"/>

Bol poistenému priznaný invalidný dôchodok?  Áno  Nie

Čaká na jeho priznanie od dátumu

**7b) Čestné vyhlásenie praktického lekára poisteného**

Praktický lekár poisteného čestne vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a nezamlčal žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného, čo potvrdzuje svojim podpisom.

Miesto a dátum vyplnenia údajov o zdravotnom stave

Podpis a pečiatka lekára