

Oznámenie poistnej udalosti [krížikom označte uzatvorený produkt poistenia]

- Poistenie schopnosti splácať úver  SIPO poistenie

Inštrukcie pre klienta

Tlačivo je zložené z dvoch častí:

- prvá a druhá strana tlačiva – body 1] až 6] oznámenia, sú určené na vypísanie pre Vás, nezabudnite doplniť miesto, dátum podpisu a oznámenie podpísať,
- tretia strana tlačiva – bod 7] oznámenia, je určený na vypísanie všeobecným, resp. praktickým lekárom poisteného.

Vami vyplnené oznámenie [body 1] až 6]] spolu s požadovanými dokladmi uvedenými v bode 5], predložte lekárovi, ktorý doplní bod 7] tlačiva a potvrdí údaje svojím podpisom a pečiatkou.

Kompletne vyplnené tlačivo spolu s požadovanými dokladmi zašlite na adresu: Poštová poisťovňa, a. s., Dvořákovo nábrežie 4, 818 03 Bratislava 16.

Pozn.: Ak ste uhradili poplatok za vyplnenie údajov o zdravotnom stave poisteného, priložte originál dokladu o jeho uhradení. Poplatok môže byť refundovaný do maximálnej výšky stanovenej internými predpismi poisťovne.

**Dôležité upozornenia:**

Pre úhradu ďalších čiastkových poistných plnení bude potrebné preukazovať poisťovní trvanie nezamestnanosti raz za kalendárny mesiac [najneskôr do 5. dňa kalendárneho mesiaca nasledujúceho po mesiaci, počas ktorého bol poistený nezamestnaný].

Pri Poistení schopnosti splácať úver splátky úveru uhrádzajte naďalej až do oznámenia o ukončení šetrenia poistnej udalosti. O ukončení šetrenia poistnej udalosti Vás budeme informovať listom.

Dátum uzavretia poistenia [dátum podpisu zmluvy / dodatku]

1] Identifikačné údaje poisteného

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Rodné číslo	<input type="text"/>	Tel. kontakt	<input type="text"/>	E - mail	<input type="text"/>
Korešpondenčná adresa <sup>1)</sup> [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Zdravotná poisťovňa	<input type="text"/>				
Druh činnosti vykonávanej v zamestnaní	<input type="text"/>				

Údaje o všeobecnom, resp. praktickom lekárovi alebo lekárovi zamestnávateľa poisteného

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Tel. kontakt	<input type="text"/>
Adresa [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>

2] Identifikačné údaje osoby oznamujúcej poistnú udalosť [vyplňte, len ak nie je totožná s poisteným]

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Adresa [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Tel. kontakt	<input type="text"/>	E - mail	<input type="text"/>		
Vzťah k poistenému	<input type="text"/>				

[ďalej len „oznamovateľ“]

3] Číslo účtu na úhradu poistného plnenia

• Poistenie schopnosti splácať úver:

- pre úvery schválené od 1.4.2009 číslo účtu pre poistné plnenie je číslo úverového účtu, ku ktorému bolo poistenie zriadené.
- pre úvery schválené do 31.3.2009 prosím uveďte číslo účtu, na ktorý žiadate zaslať poistné plnenie:

Číslo účtu	<input type="text"/>	Kód banky	<input type="text"/>
Číslo účtu v tvare IBAN <sup>2)</sup>	<input type="text"/>		

• SIPO poistenie – číslo účtu pre poistné plnenie je číslo účtu Poštovej karty a variabilný symbol je číslo Poštovej karty, ku ktorej bolo poistenie zriadené.

• Ak si želáte zaslať poistné plnenie na iný účet, prosím, uveďte:

Číslo účtu	<input type="text"/>	Kód banky	<input type="text"/>
Číslo účtu v tvare IBAN <sup>2)</sup>	<input type="text"/>		

<sup>1)</sup> vyplňte len ak sa líši od adresy trvalého bydliska

<sup>2)</sup> ak ste neuviedli číslo účtu v tvare číslo účtu a kód banky, uveďte číslo účtu v tvare IBAN

#### 4] Poistná udalosť

Uvedte dôvod rozviazania pracovného pomeru poisteného

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

Uvedte dátum registrácie poisteného 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

Bol vznik straty zamestnania zapríčinený vplyvom alkoholu, omamných látok alebo nesprávnych dávok liekov?

Áno  Nie

Bol už poistenému priznaný starobný dôchodok?  Áno  Nie Čaká na jeho priznanie od – uveďte deň, mesiac a rok

#### 5] Požadované doklady [krížikom označte tie, ktoré prikladáte]

- pracovná zmluva vrátane všetkých jej dodatkov – kópia
- doklad o rozviazaní pracovného pomeru – kópia
- potvrdenie o zápočte rokov – kópia
- doklad preukazujúci priznanie starobného dôchodku [ak je poistený starobný dôchodca]
- overená kópia Oznámenia o zaradení občana do evidencie uchádzačov o zamestnanie z úradu práce, sociálnych vecí a rodiny
- rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní / nepriznaní podpory [dávky] v nezamestnanosti – kópia
- iné [uveďte aké]

#### 6] Vyhlásenie poisteného/ oznamovateľa, informácie pre oznamovateľa o spracúvaní jeho osobných údajov

Poistený/ oznamovateľ vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky jeho odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a žiadne informácie podstatné pre likvidáciu poistnej udalosti nezamĺchal a je si vedomý /á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a / alebo odpovedí na otázky poisťovne.

V prípade vyplnenia tohto oznámenia oznamovateľom bude Poštová poisťovňa, a. s., Dvořákovo nábrežie 4, 811 02 Bratislava, IČO: 31 405 410 [ďalej len „poisťovňa“] ako prevádzkovateľ spracúvať vo svojom informačnom systéme jeho osobné údaje uvedené v tomto oznámení.

Osobou poverenou dohľadom nad ochranou osobných údajov v poisťovni je Data protection Officer [ďalej aj „DPO“]. Oznamovateľ môže uplatniť svoje práva v oblasti ochrany osobných údajov, podať podnety a/alebo otázky týkajúce sa spracúvania osobných údajov alebo iné súvisiace otázky u DPO e-mailom zaslaným na adresu: dpo@postpo.sk, písomne listom zaslaným na adresu sídla poisťovne alebo osobne v sídle poisťovne.

Právnym základom na spracúvanie osobných údajov oznamovateľa poisťovňou je predovšetkým zákon č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Poisťovňa spracúva osobné údaje oznamovateľa najmä na účely identifikácie oznamovateľa, likvidácie poistných udalostí alebo škodových udalostí zo strany poisťovne, zdokumentovania činnosti poisťovne, výkonu dohľadu nad poisťovňami a nad ich činnosťami a na plnenie povinností a úloh poisťovne, ktoré jej vyplývajú zo všeobecne záväzných právnych predpisov.

Oznamovateľ má povinnosť poisťovni poskytnúť a umožniť získať kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním osobné údaje, ako aj ďalšie údaje požadované poisťovňou.

Poisťovňa je aj bez súhlasu a informovania oznamovateľa oprávnená sprístupniť a poskytnúť osobné údaje oznamovateľa osobám a orgánom voči, ktorým má zákonom uloženú povinnosť ich poskytnúť. Ide najmä o tieto subjekty: súdy, orgány činné v trestnom konaní, exekútori, Národná banka Slovenska, notári, finančná správa, a iné subjekty uvedené v ZoP alebo v osobitných predpisoch, resp. právne záväzných aktoch Európskej únie. Údaje môžu byť zverené aj na spracovanie zmluvným partnerom zabezpečujúcim komunikáciu a korešpondenčný styk s oznamovateľom, telefonickú informačnú službu a poskytovanie asistenčných služieb. Aktuálny zoznam zmluvných partnerov, ktorí boli poverení spracovaním osobných údajov, je uvedený na internetovej stránke poisťovne [www.postovapoisťovna.sk] v časti Spracovanie osobných údajov.

Osobné údaje oznamovateľa bude poisťovňa spracúvať počas trvania poistenia a po dobu nevyhnutnú na uplatnenie práv poisťovne z poistnej zmluvy, resp. na plnenie povinností poisťovne podľa všeobecne záväzných právnych predpisov, najmenej však 5 rokov odo dňa zániku poistenia.

Osobné údaje môžu byť predmetom cezhraničného prenosu osobných údajov do krajín, ktoré sú členmi Európskej únie alebo ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany.

Oznamovateľ má najmä právo požadovať od poisťovne potvrdenie, či poisťovňa spracúva jeho osobné údaje a zoznam týchto údajov, prístup k osobným údajom a všeobecné informácie o spracúvaní osobných údajov a informácie o zdroji osobných údajov, právo na opravu nesprávnych osobných údajov, na vymazanie osobných údajov, okrem osobných údajov, na ktoré sa toto právo podľa právnych predpisov nevzťahuje, právo na obmedzenie spracúvania osobných údajov, právo na prenosnosť osobných údajov [t.j. právo získať osobné údaje, v štruktúrovanom, bežne používanom a strojovo čitateľnom formáte a právo preniesť tieto osobné údaje ďalšiemu prevádzkovateľovi, ak je to technicky možné], právo podať sťažnosť na poisťovňu alebo návrh na začatie konania podľa § 100 ZOOU na Úrad na ochranu osobných údajov pre porušenie práv pri spracúvaní osobných údajov alebo pre porušenie právnych predpisov v oblasti ochrany osobných údajov.

Komplexné aktuálne informácie o spracúvaní osobných údajov poisťovňou sa nachádzajú na internetovej stránke poisťovne [www.postovapoisťovna.sk] v časti Spracovanie osobných údajov.

Miesto a dátum podpisu oznámenia

Meno, priezvisko a podpis oznamovateľa

**7] Údaje o zdravotnom stave poisteného [čitateľne vyplní a potvrdí všeobecný, resp. praktický lekár poisteného, pri nedostatku miesta pokračujte na zadnej strane ]**

Meno a priezvisko poisteného  Rodné číslo poisteného

Výška poisteného v cm  Váha poisteného v kg  Dátum merania

**7a] Zdravotný stav poisteného k dátumu uzatvorenia poistenia [deň, mesiac, rok podpisu zmluvy / dodatku]**

Uveďte, ktoré choroby alebo poruchy zdravotného stavu poistený mal / dodnes má zistené a kedy boli prvýkrát diagnostikované, resp. dokladované v dokumentácii: psychická porucha [vrátane závislostí], epilepsia, infarkt myokardu, kardiomyopatia, trombóza, diabetes mellitus [cukrovka], ischemická choroba dolných končatín alebo srdca, angina pectoris, ateroskleróza, cievne choroby mozgu, pľúcna embólia, zhubný novotvar [nádor], rakovina, ochrnutie, HIV/AIDS, Crohnova choroba, choroby pečene, choroby centrálnej nervovej sústavy [mozog, miecha, vrátane Parkinsonovej choroby, Alzheimerovej choroby, sklerózy multiplex], chronické ochorenie obličiek, encefalitída, astma, chronická obštrukčná choroba pľúc a priedušiek, chronické ochorenie pankreasu [podžalúdkovej žľazy].

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 uveďte diagnózu slovom a dátumom začiatku PN.

Kód dg. / dg. slovom  Začiatok PN

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

Začiatok lekárskeho dohľadu	Diagnóza	Dátum prvého diagnostikovania	Názov lieku	Užívanie od - do
<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, uveďte diagnózu a odkedy .

Kód dg. / dg. slovom  Začiatok hospitalizácie

Uveďte PN s diagnózami a trvaním PN v období 3 rokov **pred dátumom uzavretia poistenia** [dátum podpisu zmluvy / dodatku]

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 poistený uznaný invalidným a/alebo osobou so zmenenou pracovnou schopnosťou a/alebo osobou s ťažkým zdravotným postihnutím?

Áno Uveďte dátum od kedy  a mieru poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť

Nie Čaká na posúdenie od dátumu

Požiadaval poistený o priznanie úrazovej renty?  Nie  Áno Úrazová renta bola priznaná [deň, mesiac, rok]

**7b] Čestné vyhlásenie všeobecného, resp. praktického lekára poisteného**

Všeobecný, resp. praktický lekár poisteného čestne vyhlasuje, že na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne a nezamlčal žiadne skutočnosti o zdravotnom stave poisteného, čo potvrdzuje svojím podpisom.

Miesto a dátum vyplnenia údajov o zdravotnom stave

Podpis a pečiatka lekára

Vaše prípadné otázky zodpovieme na tel. čísle **02 3300 0031**.