

Radi vám pomôžeme:

**0850 777 777**  
**info@ergo.sk**

**ERGO**

## Oznámenie poistnej udalosti z poistenia osôb

### Časť I. prosím vyplňte.

Číslo poistnej zmluvy:		
<b>Poistený</b>		
meno, priezvisko:	rodné číslo:	
adresa:		
telefón:	e-mail:	
<b>Oznamovateľ poistnej udalosti (Vyplňte, iba ak je iný ako Poistený)</b>		
meno, priezvisko:	rodné číslo:	
adresa:		
telefón:	e-mail:	
vzťah k poistenému:		
<b>Posledné zamestnanie poisteného</b>		
názov a adresa zamestnávateľa:		
povolanie:		
<b>Posledný ošetrujúci lekár poisteného, ktorý disponuje jeho kompletnou zdravotnou dokumentáciou:</b>		
meno, priezvisko:	telefón:	
adresa:		
<b>Bola udalosť, ktorá je predmetom oznámenia poistnej udalosti, vyšetrovaná políciou?</b>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
adresa príslušného oddelenia PZ SR, prípadne meno a telefonický kontakt na vyšetrovateľa:		
<b>Je/bol poistený práceneschopný v súvislosti s poistnou udalosťou?</b>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
od	do	
<b>Je/bol poistený uznaný za invalidného Sociálnou poisťovňou v súvislosti s poistnou udalosťou?</b>		
<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	od (dátum právoplatného rozhodnutia)	do
percentuálna miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť (podľa právoplatného rozhodnutia):		
<b>Lekárske vyšetrenia v súvislosti s poistnou udalosťou:</b>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	
dátum:	priezvisko a odbornosť lekára:	
názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:		
dátum:	priezvisko a odbornosť lekára:	
názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:		
dátum:	priezvisko a odbornosť lekára:	
názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:		

Oznámenie poistnej udalosti\_poistenie\_osob\_25\_05\_2018

**Je/bol poistený hospitalizovaný v súvislosti s poistnou udalosťou?**  áno  nie

od do

názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

názov nemocničného oddelenia:

od do

názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

názov nemocničného oddelenia:

**Lekárske vyšetrenia v súvislosti s poistnou udalosťou:**  áno  nie

dátum: chirurgický zákrok:

názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

dátum: chirurgický zákrok:

názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

**Iné ochorenia/úrazy:**

Navštívil poistený v posledných troch rokoch lekára z iných dôvodov?  áno  nie

dátum: priezvisko a odbornosť lekára:

názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

dátum: priezvisko a odbornosť lekára:

názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

**Bankový účet**

Číslo bankového účtu, na ktoré si žiadate zaslať poistné plnenie (poistiteľ môže pred výplatou poistného plnenia požadovať úradné overenie podpisu poisteného alebo oprávnenej osoby pri požadovanom čísle účtu):

**Časť II. vyplňte v prípade poistnej udalosti z dôvodu úrazu.**

Poistený je:  pravák  ľavák výška: cm váha: kg

dátum a hodina úrazu:

miesto úrazu:

okolnosti úrazu (podrobný popis)

Aké zranenia utrpel poistený následkom úrazu? Popíšte, ktorá časť tela bola zranená, typ zranení a ich rozsah:

Bola poranená časť tela poškodená už pred úrazom (chorobou, iným úrazom)?  áno  nie  
Ak áno, popíšte odkedy a ako:

Vznikli poistenému v súvislosti s úrazom liečebné náklady, ktoré neboli uhradené zdravotnou poisťovňou? Aké?  áno  nie

**Časť III. vyplňte v prípade poistnej udalosti z dôvodu choroby**

choroba – stručný popis:

Dátum, kedy nastala choroba, prvé príznaky:

Dátum, kedy poistený z dôvodov tejto choroby prvýkrát navštívil lekára:

Dátum, kedy bola stanovená diagnóza:

Mal poistený už predtým zdravotné ťažkosti súvisiace s chorobou, ktorá je dôvodom poistnej udalosti?

áno     nie    Ak áno, odkedy:

**Časť IV. vyplňte v prípade úmrtia poisteného**

Vyplňte prosím aj časť II. alebo časť III. podľa toho, či bola príčinou úmrtia choroba alebo úraz.

dátum úmrtia:

miesto úmrtia:

príčina a okolnosti úmrtia:

Zomrel poistený v zdravotníckom zariadení?     áno     nie

názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:

názov nemocničného oddelenia:

priezvisko ošetrojúceho lekára:

**Doklady, ktoré je potrebné priložiť k Oznámeniu poistnej udalosti:**

**V prípade, že dôvodom poistnej udalosti je choroba, prípadne úmrtie z dôvodu choroby poisteného.**

1) lekárske správy týkajúce sa choroby, ktorá spôsobila poistnú udalosť, najmä:

- lekárske správy zo začiatku choroby (popisujúce prvé príznaky, prvé návštevy u lekára, vyšetrenia z obdobia stanovenia diagnózy),
- lekárske správy z priebehu liečby (napr. z odborných lekárskeho vyšetrení, vyšetrení CT, MR, závery histologických vyšetrení a pod.),
- lekárske správy popisujúce súčasný zdravotný stav poisteného, v prípade úmrtia lekárske správy z obdobia bezprostredne predchádzajúceho úmrtiu.

**V prípade, že dôvodom poistnej udalosti je úraz, prípadne úmrtie z dôvodu úrazu poisteného.**

2) lekárske správy týkajúce sa úrazu, ktorý spôsobil poistnú udalosť, najmä:

- lekárske správy z prvotného ošetrenia po úraze,
- lekárske správy z priebehu liečby (napr. z odborných lekárskeho vyšetrení, vyšetrení CT, MR a pod.),
- lekárske správy popisujúce súčasný zdravotný stav, v prípade úmrtia lekárske správy z obdobia bezprostredne predchádzajúceho úmrtiu.

**Okrem príslušných dokladov uvedených v predchádzajúcich bodoch priložte:**

**Ak poistený je/bol v súvislosti s poistnou udalosťou práceneschopný:**

- kópia potvrdenia o pracovnej neschopnosti s uvedením kódu diagnózy

**Ak poistený je/bol v súvislosti s poistnou udalosťou uznaný za invalidného:**

- kópia právoplatného Rozhodnutia Sociálnej poisťovne
- kópia Lekárskej správy – odborného lekárskeho posudku posudkového lekára Sociálnej poisťovne

**Ak poistený bol v súvislosti s poistnou udalosťou hospitalizovaný:**

- všetky prepúšťacie správy z hospitalizácií týkajúce sa poistnej udalosti

**V prípade úmrtia:**

- originál alebo úradne overená kópia úmrtného listu (overenie u notára alebo na matrike)
- kópia Listu o prehliadke mŕtveho a štatistického hlásenia o úmrtí vrátane pitevnej správy

**V prípade uplatňovania si nároku na poistné plnenie z poistenia/pripoistenia denné odškodné:**

- potvrdenie o priemernom čistom príjme v zmysle platných poistných podmienok

## Spracúvanie osobných údajov

Na účely informovania poisteného/ oznamovateľa poistnej udalosti (ďalej aj ako „klienti“) o spracúvaní osobných údajov v podmienkach poistiteľa slúži Informácia o spracúvaní osobných údajov. Klienti berú na vedomie a výslovne súhlasia s tým, aby jednou z možností ako poistiteľ plní svoju informačnú povinnosť podľa Čl. 12 a nasl. Všeobecného nariadenia o ochrane údajov, bolo zverejnenie informácií na webovom sídle ERGO ([www.ergo.sk](http://www.ergo.sk)).

---

mesto, dátum

---

podpis poisteného

---

podpis oznamovateľa  
(v prípade úmrtia poisteného)



## Do celkovej doby nevyhnutného liečenia úrazu sa nepočíta doba, počas ktorej:

- a) sa poistený podrobuje kúpeľnej liečbe, rehabilitácii, liečebnej telesnej výchove alebo občasným zdravotným kontrolám,
- b) poistený neabsolvuje aktívnu lekársku liečbu alebo medikamentóznou liečbu,
- c) sa k liečbe úrazu nepoužívajú dočasné zdravotné pomôcky, ktoré boli predpísané lekárom,
- d) sa k liečbe používajú výhradne lokálne aplikované gélové a masťové prípravky,
- e) počas ktorej sa u poisteného vyskytujú len subjektívne zdravotné ťažkosti, t. j. akékoľvek zdravotné ťažkosti poisteného, ktoré má alebo pociťuje po ukončení nevyhnutnej liečby,
- f) prebieha liečenie zamerané len na zmiernenie bolesti, bez objektívneho klinického nálezu odôvodňujúceho etiológiu (pôvod) bolesti,
- g) prebiehajú výhradne diagnostické vyšetrenia zobrazovacou technikou,
- h) poistený nedodríava liečebné postupy stanovené lekárom na liečenie následkov úrazu vrátane nedodržania termínov kontrol nariadených ošetrojúcim lekárom za účelom zmeny liečebného postupu alebo pokračovania v ňom,
- i) poistený pri poškodení vnútro klbnych štruktúr vyžadujúcich operačný zákrok neabsolvuje aktívnu lekársku liečbu alebo medikamentóznou liečbu a/alebo sa poistený podrobuje kúpeľnej liečbe, rehabilitácii, liečebnej telesnej výchove alebo občasným zdravotným kontrolám do doby vykonania operácie.

## Vyhlásenie lekára

Čestne vyhlasujem, že som zodpovedal pravdivo a úplne na všetky zadané otázky a som si vedomý/á dôsledku nepravdivých odpovedí.

\_\_\_\_\_

telefonický kontakt:

\_\_\_\_\_

e-mailový kontakt:

\_\_\_\_\_

mesto, dátum

\_\_\_\_\_

pečiatka a podpis lekára