

Túto časť vyplňte, ak poistná udalosť vznikla pri športovej, telovýchovnej činnostiSte registrovaný športovec? Nie Áno Ak áno, uveďte názov športu a súťaže Bola športová alebo telovýchovná činnosť organizovaná? Nie ÁnoAk 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] Priložené doklady

K oznámeniu poistnej udalosti prikladám

 súdne rozhodnutie súvisiace s poistnou udalosťou policajný protokol/uznesenie, ak túto poistnú udalosť vyšetrovala polícia SR alebo iného štátu iné doklady súvisiace s poistnou udalosťou / uveďte názov dokladu **[5] Vyhlásenie poisteného**

Vyhlasujem, že všetky moje odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a som si vedomý/á dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných odpovedí na povinnosť poistovne plniť. Ak sa identifikačné údaje o mojej osobe nezhodujú s údajmi, ktoré vedie poisťovňa, súhlasím so zmenou identifikačných údajov v informačnom systéme poisťovne podľa údajov uvedených v tomto oznámení a ďalej súhlasím so spracúvaním mojich osobných údajov, ktoré sú v tomto oznámení uvedené, Poisťovníou Poštovej banky, a. s., ako poisťovateľom v súlade so zákonom č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov, a to na dobu nevyhnutnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z uzavretého poistenia. Súhlasím, aby moje osobné údaje boli poskytované na spracúvanie iným subjektom v cudzine v zmysle zákona č. 428/2002 Z. z. a beriem na vedomie a súhlasím s tým, že poisťovňa môže údaje získané v súvislosti s poistením oznamovať aj ostatným subjektom podnikajúcim v oblasti poisťovníctva, bankovníctva a asociáciám týchto subjektov.

Splnomocňujem poisťovňu, aby pre potrebu šetrenia poistnej udalosti vyžadovala potrebné informácie a dokumentáciu o mojom liečení a súčasne týmto splnomocňujem všetkých poisťovních oslovených lekárov, zdravotnícke zariadenia, zdravotné poisťovne a Sociálnu poisťovňu na poskytnutie požadovaných informácií a vyhotovenie požadovaných lekárskejších správ, výpisov zo zdravotnej dokumentácie alebo ich zapožičanie. Lekárov a zdravotnícke zariadenia, ktoré poisťovňa o uvedené informácie požiada, týmto oslobodujem od povinnosti zachovávať mlčanlivosť.

Miesto a dátum podpisu oznámenia

Podpis poisteného

- vyplnené oznámenie spolu s fotokópiami zdravotnej dokumentácie, opismi RTG snímkov a správou ošetrojúceho lekára – úraz pošlite na adresu: **Poisťovňa Poštovej banky, a. s., Prievozská 2/B, 824 64 Bratislava**
- tel. kontakt **02 3300 0031**

[6] Návrh na uzavretie rozhodcovskej zmluvy

Poisťovňa Poštovej banky, a. s., so sídlom Prievozská 2/B, 824 64 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 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 MEDIÁČNA, a.s., IČO 35862882, 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 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.
- 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.

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

Rodné číslo poisteného /
 1. lekárske ošetrovanie bolo vykonané [uvedte dátum a presný čas] dátum [dd.mm.rrrr] . . . čas [hh:mm] :

Údaje o lekárovi, ktorý poskytol 1. ošetrovanie úrazu

Priezvisko Meno
 Adresa ambulancie PSC

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, tak ako sú uvedené v oznámení 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

Od . . do . . Názov liečebného zariadenia
 Adresa PSC
[ulica, číslo, obec]

Zanechá úraz trvalé následky? Nie Áno Ak áno, uveďte aké [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

Napište príznaky požitia alkoholu alebo omaných 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

Od . . do . . Číslo hlásenia PN Dátum vystavenia . .

Doplňujúce zdravotné oznámenia ošetrojúceho lekára

Vyhlasenie ošetrojúceho lekára

Ako ošetrojúci lekár poisteného vyhlasujem, že všetky moje odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a nezamieňam si 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

Podpis a pečiatka ošetrojúceho lekára poisteného

Adresa ambulancie ošetrojúceho lekára poisteného

Tel. kontakt na ošetrojúceho lekára poisteného