



Oznámenie škodovej udalosti - choroba



Poistiteľ

YOUPLUS Životná poisťovňa, pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Mlynské nivy 5, 821 09 Bratislava, Slovenská Republika, IČO: 52241289.

Kontaktná adresa: YOUPLUS, Nivy Tower, Mlynské nivy 5, 821 09 Bratislava; info@youplus.sk.

Dôležité informácie pre vyplnenie tohto formulára a informácie o dokumentoch, ktoré budeme požadovať doložiť s vyplneným formulárom na našu adresu, nájdete na jeho poslednej strane.

1. Údaje o poistenom a poistnej zmluve

Poistná zmluva č.	Škodová udalosť č.
Poistený	
Meno, Príezvisko, titul	Rodné číslo
E-mail	Telefón
Adresa trvalého pobytu	
Politicky exponovaná osoba *	Nie Áno Aká PEO a od kedy (dátum)
Ekonomická činnosť (Zamestnanec, SZČO, Iná-starobný dôchodca, nezamestnaný...)	
Povolanie v dobe vzniku udalosti	Od (mm/rmm)
Meno a adresa praktického lekára poisteného	
Poistený bol posledných 5 rokov kvôli poraneniu alebo ochoreniu ošetrovaný lekármi	Nie Áno Diagnóza
Poistený je poistený pre prípad ochorenia aj v inej poisťovni	Nie Áno Názov poisťovne, adresa

2. Údaje o ochorení

Ochorenie

Diagnóza ochorenia	
Prvé príznaky ochorenia sa objavili	
Popis prvých príznakov ochorenia	
Ochorenie z povolania	Áno Nie

Liečba ochorenia

Dátum stanovenia diagnózy
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bolo diagnostikované ochorenie
Ošetrojúci lekár (meno a priezvisko), názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom prebiehala liečba

3. Údaje k uplatňovaným nárokom z poistenia

Hospitalizácia (pobyt v nemocnici)

Poistený bol v rámci liečenia hospitalizovaný viackrát		Nie	Áno	Počet hospitalizácií
Doba trvania hospitalizácie	1. hospitalizácia – začiatok			
	1. hospitalizácia – ukončenie			
Názov a adresa nemocnice, v ktorej prebiehala hospitalizácia				
Liečba pokračovala v rehabilitačnom zariadení		Nie	Áno	
		Dátum začiatku liečenia v rehabilitačnom zariadení		
		Dátum ukončenia liečenia v rehabilitačnom zariadení		
Doba trvania hospitalizácie	2. hospitalizácia – začiatok			
	2. hospitalizácia – ukončenie			
Názov a adresa nemocnice, v ktorej prebiehala hospitalizácia				
Liečba pokračovala v rehabilitačnom zariadení		Nie	Áno	
		Dátum začiatku liečenia v rehabilitačnom zariadení		
		Dátum ukončenia liečenia v rehabilitačnom zariadení		

Pracovná neschopnosť (PN)

Poistený bol v rámci liečenia na PN viackrát		Nie	Áno	Počet PN	
Doba trvania pracovnej neschopnosti	1. pracovná neschopnosť - dátum začiatku				
	1. pracovná neschopnosť - dátum ukončenia				
Poistený potvrdzuje, že ku dňu začiatku PN bol	Zamestnanec	SZČO			
	Zamestnávateľ				
		na materskej dovolenke	starobným dôchodcom	nezamestnaným	invalidným dôchodcom
		Dátum od			
Príjem poisteného (priemerný hrubý mesačný príjem zamestnanca za posledný kalendárny štvrtrok/ obrat za posledné ukončené zdaňovacie obdobie SZČO)					
Došlo k strate zárobku v súvislosti s pracovnou neschopnosťou?		Áno	Nie		
Doba trvania pracovnej neschopnosti	2. pracovná neschopnosť - dátum začiatku				
	2. pracovná neschopnosť - dátum ukončenia				
Poistený potvrdzuje, že ku dňu začiatku PN bol	Zamestnanec	SZČO			
	Zamestnávateľ				
		na materskej dovolenke	starobným dôchodcom	nezamestnaným	invalidným dôchodcom
		Dátum od			
Príjem poisteného (priemerný hrubý mesačný príjem zamestnanca za posledný kalendárny štvrtrok/ obrat za posledné ukončené zdaňovacie obdobie SZČO)					
Došlo k strate zárobku v súvislosti s pracovnou neschopnosťou?		Áno	Nie		

Invalidita

Dátum priznania invalidity Sociálnou poisťovňou				
Miera poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť	nad 40 %	nad 55 %	nad 70 %	nebolo určené
Poistenému bola priznaná invalidita už v minulosti	Nie	Áno		
	Miera poklesu v %			
	Invalidita trvala od - do			

Chirurgický zákrok

Dátum vykonania chirurgického zákroku
Názov a miesto zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bol zákrok vykonaný
Názov/kód diagnózy, typ zákroku

Kritické ochorenie

Názov/kód diagnózy

4. Údaje o poistnom plnení**Výplata poistného plnenia**

Číslo účtu-IBAN (na zaslanie poistného plnenia)
Majiteľ účtu

5. Údaje o oznamovateľovi

Oznamovateľ

Poistený

 Zástupca poisteného (doložte splnomocnenie, rodný list dieťaťa alebo iný doklad preukazujúci zastúpenie v rozsahu potrebnom na uplatnenie nároku na plnenie.)

Iná osoba (uvedte):

Údaje o oznamovateľovi ak je odlišný od poisteného

Meno, Priezvisko	Rodné číslo
E-mail	Telefón
Adresa trvalého pobytu	
Politicky exponovaná osoba (vyplňuje iba zástupca poisteného) *	Nie Áno Aká PEO a od kedy (dátum)

6. Vyhlásenie

Potvrdzujem, že som údaje v tomto formulári vyplnil/a úplne a pravdivo a som si vedomý/á následkov uvedenia poisťovateľa do omylu v otázke splnenia nárokov na poistné plnenie, najmä trestnoprávnu zodpovednosť podľa § 223 zák. 300/2005 Z.z., Trestného zákona.

Beriem na vedomie, že osobné údaje uvedené v tomto formulári, vrátane údajov o zdravotnom stave poisteného, spracováva poisťiteľ aj bez súhlasu ich subjektu, a to najmä na určenie právneho nároku z uzatvorenej poisťnej zmluvy, prípadne na preukazovanie, uplatňovanie alebo obhajovanie svojich právnych nárokov. Informácie o spracovaní osobných údajov a právach subjektov údajov sú uvedené na www.youplus.sk. Súčasne vyhlasujem, že beriem na vedomie, že kontaktné a evidenčné údaje vyplnené v tomto formulári budú použité výhradne na komunikáciu vo veci oznamovanej poisťnej udalosti.

Ja, nižšie podpísaný poistený (alebo zástupca poisteného jeho menom) podpisom tohto dokumentu v súlade s § 80 ods. 4 zákona č. 578/2004 Z.z. o poskytovateľoch zdravotnej starostlivosti, zdravotníckych pracovníkoch, stavovských organizáciách v zdravotníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov zbavujem povinnosti zachovávať mlčanlivosť príslušného lekára a/alebo zdravotníckeho zariadenia, ktorí sa dozvedeli skutočnosti o mojom zdravotnom stave alebo príčinách smrti, a udeľujem im súhlas aby poisťiteľovi na jeho žiadosť, v rozsahu vyššie uvedeného oslobodenia, poskytli požadované informácie tak, ako sú povinní ich poskytovať alebo sprístupňovať osobám oprávneným nahliadať do zdravotnej dokumentácie v zmysle § 24 a § 25 zákona č. 576/2004 Z. z. o zdravotnej starostlivosti, službách súvisiacich s poskytovaním zdravotnej starostlivosti a o zmene a doplnení niektorých zákonov a udeľujem poisťiteľovi súhlas, aby ak sú pre to dôvody súvisiace s určením veľkosti poistného rizika, výšky poistného alebo so šetrením škodovej udalosti, zisťoval údaje o mojom zdravotnom stave, alebo o príčine smrti, a za týmto účelom kládol otázky ohľadne môjho zdravotného stavu alebo príčiny smrti príslušným lekárom a/alebo zdravotníckym zariadeniam a žiadal týchto lekárov a/alebo zdravotníckeho zariadenia o poskytovanie správ, zaobstaranie výpisov, opisov alebo kópií zo zdravotnej dokumentácie vedenej o mojej osobe, popr. z iných zápisov, ktoré sa vzťahujú k môjmu zdravotnému stavu, a to aj po mojej smrti. Ak bude pre naplnenie vyššie uvedeného účelu nevyhnutné vystaviť poisťiteľovi plnú moc s úradne osvedčeným podpisom, zaväzujem sa na žiadosť poisťiteľa takú plnú moc vystaviť.

Dátum a podpis

Podpis

Dátum

Dôležité informácie

Tento formulár je určený na **oznámenie škodovej udalosti vzniknutej v dôsledku choroby poisteného**.

Pokiaľ už bola škodová udalosť oznámená a ide iba o uplatnenie ďalších nárokov z poistenia, vyplňte iba číslo škodovej udalosti a aktuálne identifikačné a kontaktné údaje poisteného.

V častiach formulára, ktoré sú nazvané Údaje k uplatňovaným nárokom z poistenia, **vyplňte informácie iba pri tých pripoisteniach, ktoré sú dohodnuté v poistnej zmluve**. V záujme urýchlenia šetrenia škodovej udalosti priložte, prosím, aj nižšie vymenované relevantné dokumenty, v závislosti na uplatňovaných nárokoch z poistenia.

Pre jednotlivé pripoistenia (oznámenie škodovej udalosti z týchto pripoistení) je potrebné mať k dispozícii a spoločne s vyplneným formulárom odoslať potrebné dokumenty do poisťovne.

Niektoré dokumenty je nutné priložiť,

- ak udalosť vyšetrovala polícia - kópiu policajného protokolu alebo záveru z vyšetrovania,
- v prípade pracovného úrazu - kópiu záverečnej správy z vyšetrovania pracovného úrazu.

Pre konkrétne pripoistenia je nutné doložiť tieto dokumenty:

VŽDY

- kópie správ z prvého lekárskeho vyšetrenia (prvá návšteva u lekára, pohotovosť, rýchla záchranná služba), kópie všetkých lekárskeho správ z celého priebehu liečenia ochorenia, vr. kópií prepúšťacích správ z nemocnice a záznamov z rehabilitácie.

Hospitalizácia

- kópia prepúšťacej správy z nemocnice

Pracovná neschopnosť

- kópia Potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti
- SZČO je povinná doložiť vždy Rozhodnutie (potvrdenie Sociálnej poisťovne o poberaní nemocenských dávok z nemocenského poistenia)
- môžeme požiadať o doloženie existencie pracovného pomeru alebo samostatnej zárobkovej činnosti a z nich plyúcich príjmov ku dňu predchádzajúcemu dňu vzniku udalosti

Invalidita

- kópia posudku o invalidite posudkového lekára alebo lekárske správy, pokiaľ nemohol byť posudok o invalidite podľa právnych predpisov vystavený

Kritické ochorenia

- nález odborného lekára alebo laboratória súvisiaci s typom kritického ochorenia

Chirurgický zákrok

- kópie lekárskeho správ súvisiacich s týmto zákrokom, vrátane prepúšťacej správy a operačného protokolu, ak nie je súčasťou prepúšťacej správy

Vyplnený formulár "Oznámenie škodovej udalosti - choroba" vrátane všetkých potrebných dokumentov zašlite, prosím, prostredníctvom našej uPodateľne - vyberte možnosť "Dokumenty k škodovej udalosti" (odkaz na uPodateľňu - <https://www.uportal.cz/sk/elektronicka-podatelna/>), alebo poštou na kontaktnú adresu našej poisťovne: **YOUPLUS, Oddelenie likvidácie, Nivy Tower, Mlynské nivy 5, 821 09 Bratislava**.

* Bližšie informácie k Politicky exponovanej osobe (PEO) sú k dispozícii na: <https://youplus.sk/o-youplus/dokumenty-a-formulare/>