



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 | |
| 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 lekárom | 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 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 pojistnom 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 (uved'zte):

Údaje o oznamovateľovi ak je odlišný od poisteného

| | |
|------------------------|-------------|
| Meno, Priezvisko | Rodné číslo |
| E-mail | Telefón |
| Adresa trvalého pobytu | |

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 poistnej 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 poistnej 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, rýchlá záchraná 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 dokladu o dočasnej pracovnej neschopnosti doložená existenciou pracovného pomeru alebo samostatnej zárobkovej činnosti a z nich plynúcich 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/elektronická-podatelna/>), alebo poštou na kontaktnú adresu našej poisťovne: **YOUPLUS, Oddelenie likvidácie, Nivy Tower, Mlynské nivy 5, 821 09 Bratislava.**