

**Tlačivo Oznámenie LiberaOptimal**  
**Oslobodenie od platenia poistného pri pracovnej neschopnosti dlhšej ako 5 mesiacov,**  
**trvalej invalidite alebo stratovom poškodení**

Oslobodenie od platenia poistného **z dôvodu dočasnej pracovnej neschopnosti** sa uskutoční od najbližšej splatnosti poistného po vzniku dočasnej pracovnej neschopnosti, keď pracovná neschopnosť trvala nepretržite **dlhšie ako 5 mesiacov**.

**Ku žiadosti** o oslobodenie od platenia poistného pri pracovnej neschopnosti dlhšej ako 5 mesiacov priložte:

- kópiu dokladu o dočasnej pracovnej neschopnosti, ktorý bol vystavený Vaším lekárom pre účely nemocenského poistenia;
- zdravotnú dokumentáciu, ktorá sa týka Vášho liečenia počas dočasnej pracovnej neschopnosti;
- tlačivo Oznámenie vzniku dočasnej pracovnej neschopnosti. V predmetnom tlačive uvedená lehota na odovzdanie tlačiva do poisťovne je bezpredmetná;
- tlačivo Potvrdenie dočasnej pracovnej neschopnosti. V predmetnom tlačive uvedená lehota na odovzdanie tlačiva do poisťovne, ako aj pravidelné potvrdzovanie tlačiva ošetrojúcim lekárom sú bezpredmetné.

Oslobodenie od platenia poistného **z dôvodu trvalej invalidity** sa uskutoční, ak ste podľa rozhodnutia Sociálnej poisťovne boli uznaný za invalidného dôchodcu z dôvodu poklesu schopnosti vykonávať zárobkovú činnosť o viac ako 70 %.

Ku žiadosti o oslobodenie od platenia poistného z dôvodu trvalej invalidity priložte:

- originál, resp. úradne overenú fotokópiu dokladu „Rozhodnutie Sociálnej poisťovne o priznaní invalidného dôchodku a stanovenie jeho výšky.
- lekárske správy o Vašom zdravotnom stave, pre ktorý Vám bol priznaný invalidný dôchodok spolu s adresou Vášho ošetrojúceho lekára
- ak vznikla trvalá invalidita z dôvodu úrazu, je potrebné vyplniť tlačivo Oznámenie úrazu a priložiť lekárske správy potvrdzujúce vznik úrazu.

Oslobodenie od platenia poistného **z dôvodu stratových poškodení** sa uskutoční, ak dôjde k celkovej a neobnoviteľnej strate zraku obidvoch očí, alebo obidvoch rúk nad zápästím, alebo obidvoch chodidiel nad členkom alebo jednej ruky nad zápästím a jedného chodidla nad členkom.

Ku žiadosti o oslobodenie od platenia poistného z dôvodu stratového poškodenia priložte:

- originál alebo úradne overenú kópiu zdravotnej dokumentácie, ktorá potvrdzuje stratové poškodenie;
- lekárske správy týkajúce sa stratového poškodenia;
- ak došlo k stratovému poškodeniu z dôvodu úrazu, je potrebné vyplniť tlačivo Oznámenie úrazu a priložiť lekárske správy potvrdzujúce vznik úrazu.

Doklady pošlite na adresu:

YOUPLUS, Nivy Tower, Mlynské nivy 5, 821 09 Bratislava.

V prípade potreby počas likvidačného šetrenia môžu byť vyžiadané ďalšie doklady.

Pre končené stanovenie nároku na oslobodenie od platenia poistného platia všeobecné poistné podmienky pre oslobodenie od platenia poistného pri pracovnej neschopnosti a trvalej invalidite v celom rozsahu.

Poisťovateľ je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb v zmysle zákona o poisťovníctve v platnom znení.

Podrobné informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle poisťovateľa [www.youplus.sk](http://www.youplus.sk).

## Oznámenie LiberaOptimal

### Oslobodenie od platenia poistného pri pracovnej neschopnosti dlhšej ako 5 mesiacov, trvalej invalidite alebo stratovom poškodení

Číslo poistnej zmluvy: .....

Číslo poistnej zmluvy, ktorú žiadate oslobodiť od platenia poistného: SKL .....

Informácia pre poisteného:

1. Toto tlačivo vyplní poistená osoba, resp. zákonný zástupca poisteného.
2. Tlačivo Oznámenie dočasnej pracovnej neschopnosti zašlite na adresu:  
YOUPLUS, Nivy Tower, Mlynské nivy 5, 821 09 Bratislava.

Údaje o poistenom	
Meno a priezvisko poisteného: .....	
Rodné číslo: .....	Dátum narodenia: .....
Kontakt: .....	
Korešpondenčná adresa: .....	PSČ: .....
Žiadam .....	
.....	
.....	
.....	
.....	
V .....	dňa .....
..... podpis poisteného (resp. jeho zákonného zástupcu)	

Prílohy:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....