

Radi vám pomôžeme:

0850 777 777  
info@ergo.sk

**ERGO**

## Oznámenie poistnej udalosti

### Osobné údaje poistníka (zamestnanca Žltý Melón)

meno, priezvisko kontaktnej osoby:

telefón:

email:

### Označte oznamovanú udalosť:

pracovná neschopnosť

zlomenina kosti

úplná trvalá invalidita

smrť

nedobrovoľná nezamestnanosť

### Údaje o poistenom (ktorému sa udalosť stala)

meno, priezvisko:

rodné číslo:

adresa:

telefón:

email:

číslo účtu pôžičky:

### Osobné údaje hlásiteľa poistnej udalosti (uved'te vždy v prípade smrti poisteného)

meno, priezvisko:

adresa:

telefón:

email:

vzťah ku poistenému:

### Vyplňte v prípade Pracovnej neschopnosti (ďalej len „PN“)

1. Vykonávali ste k 1. dňu vašej PN zamestnanie alebo inú zárobkovú činnosť, ktorá vám zabezpečovala príjem, zárobok, mzdu alebo zisk?

áno  nie

2. Uved'te dátum začiatku PN:

PN nastala v dôsledku:

choroby

úrazu

Ak v dôsledku úrazu, uved'te dátum a čas nastania:

3. Ak v dôsledku úrazu uved'te, či ide o následky nového úrazu?

áno

nie

Ak áno, uved'te okolnosti nastania úrazu:

4. Ide o následky úrazu, ktorý nastal v minulosti?

áno

nie

Ak áno, uved'te dátum (deň, mesiac, rok):

jeho následky:

a okolnosti nastania úrazu:

5. Uved'te dobu trvania PN odhadovanú vašim ošetrovujúcim lekárom:

6. Boli ste už v minulosti PN z rovnakého dôvodu ako pri súčasnej PN:

áno

nie

Ak áno, uved'te kedy (deň, mesiac, rok):

K vyplnenému Oznámeniu, prosím, priložte:

- Kópiu riadne vyplneného Potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti s uvedením čísla diagnózy, vyznačením začiatku pracovnej neschopnosti, pravidelných kontrol,
- Kópiu prepúšťacej správy z nemocnice (v prípade, že ste boli hospitalizovaný/á),

**c) Kópiu zmluvy o pôžičke.**

V prípade viac mesačného trvania PN najmenej raz za kalendárny mesiac, najneskôr však do 5. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca zašlite Poistiteľovi ERGO kópiu „Preukazu o trvaní pracovnej neschopnosti“ a prípadne ďalšie Poistiteľom ERGO vyžiadané doklady. Poistovňu informujte aj o ukončení PN predložením kópie lekárskeho potvrdenia o ukončení pracovnej neschopnosti.

**Vyplňte v prípade Zlomeniny kosti**

1. Dátum vzniku zlomeniny kosti:
2. Miesto vzniku zlomeniny kosti:
3. Išlo o zlomeninu kosti z dôvodu:  choroby  úrazu
4. Uveďte podrobne, ako došlo k zlomenine kosti:

K vyplnenému Oznámeniu, prosím, priložte:

- a) Kópie všetkých lekárskeho správ týkajúcich sa zlomeniny kosti,
- b) Kópiu Zmluvy o pôžičke.

**Vyplňte v prípade Úplnej trvalej invalidity (ďalej len „UTI“)**

1. Úplná trvalá invalidita nastala v dôsledku:  choroby  úrazu  
Uveďte dátum, ku ktorému vám bol priznaný invalidný dôchodok (deň, mesiac, rok):
2. Uveďte okolnosti, v dôsledku ktorých UTI nastala:
3. Uveďte ošetrojúceho lekára (priezvisko, meno):  
názov zdravotníckeho zariadenia:  
adresa zdravotníckeho zariadenia:  
telefón zdravotníckeho zariadenia:

K vyplnenému Oznámeniu prosím priložte:

- a) Kópiu „Rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku“ poistenému vystavené Sociálnou poisťovňou“ s vyznačeným dátumom, ku ktorému toto rozhodnutie nadobudlo právoplatnosť a vykonateľnosť,
- b) Lekársku správu posudkového lekára sociálneho poistenia,
- c) Kópiu lekárskeho potvrdenia o skutočnosti, že stav poisteného vyžaduje starostlivosť tretej osoby pre vykonávanie bežných životných činností a to po celý zvyšok života poisteného,
- d) Kópiu zmluvy o pôžičke.

**Vyplňte v prípade Smrti**

1. Smrť nastala v dôsledku:  choroby  úrazu  samovraždy  
Uveďte dátum smrti (deň, mesiac, rok):
2. Bola smrť vyšetrovaná políciou?  áno  nie  
Ak áno uveďte názov a adresu vyšetrojúceho orgánu:  
  
číslo vyšetrovacieho spisu:
3. Uveďte kontaktné údaje praktického (ošetrojúceho) lekára poisteného:  
meno, priezvisko:  
adresa:  
telefón:

K vyplnenému Oznámeniu prosím priložte:

- a) **Úmrtný list** (originál alebo úradne overená fotokópia),
- b) **Kópiu Listu o prehliadke mŕtveho a štatistické hlásenie o úmrtí,**
- c) **Pitevnú správu** (ak pitva bola vykonaná pri nejasnej príčine smrti),
- d) **Prepúšťaciu správu z hospitalizácie**, ak bol zomrelý pred smrťou hospitalizovaný,
- e) **Kópiu zmluvy o pôžičke.**

### Vyplňte v prípade **Nedobrovoľnej nezamestnanosti**:

1. Boli ste k prvému dňu vašej nezamestnanosti zamestnaný/-á?  áno  nie  
Pracovná zmluva bola uzavretá na dobu:  neurčitú  určitú
2. Boli ste ku dňu podpisu zmluvy o pôžičke 12 mesiacov nepretržite v pracovnom pomere?  áno  nie
3. K ukončeniu pracovného pomeru došlo v priebehu skúšobnej doby?  áno  nie
4. Uved'te dátum, ku ktorému s vami zamestnávateľ rozviazal pracovný pomer (deň, mesiac, rok):
  
5. Uved'te dátum, kedy ste obdržali od zamestnávateľa vyrozumienie o tomto rozviazaní pracovného pomeru (deň, mesiac, rok):
  
6. Uved'te nasledovné údaje o vašom poslednom zamestnávateľovi:  
názov:  
adresa:  
telefón:
7. Dôvod rozviazania pracovného pomeru:
8. Uved'te nasledovné údaje o zamestnávateľovi, ktorý vás zamestnával pred posledným zamestnávateľom:  
názov:  
adresa:  
telefón:  
Trvanie pracovného pomeru: od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_
9. Uved'te adresu Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny, kde ste registrovaný/-á:  
adresa:  
telefón:  
Od kedy ste registrovaný/-á na úrade práce ako evidovaný/-á nezamestnaný/-á (deň, mesiac, rok):

K vyplnenému Oznámeniu, prosím, priložte:

- a) **Kópiu úplnej pracovnej zmluvy** (so všetkými jej dodatkami a prílohami),
- b) **Kópiu dokladu o rozviazaní pracovného pomeru,**
- c) **Kópiu Rozhodnutia o priznaní dávky v nezamestnanosti** vydaného Sociálnou poisťovňou, s dátumom, od ktorého poistený poberá podporu v nezamestnanosti,
- d) **Kópiu potvrdenia o zápočte rokov** (predkladá sa Sociálnej poisťovni spolu so žiadosťou o priznanie dávky v nezamestnanosti),
- e) **Kópiu potvrdenia, že poistený bol zaregistrovaný na Úrade práce do evidencie nezamestnaných** (uchádzačov o zamestnanie),
- f) **Kópiu zmluvy o pôžičke.**

V prípade viac mesačného trvania nezamestnanosti, najmenej raz za kalendárny mesiac najneskôr však do 5. dňa nasledujúceho kalendárneho mesiaca zašlite Poistiteľovi ERGO kópiu písomného potvrdenia, že ste registrovaný na úrade práce ako evidovaný nezamestnaný (vedený v evidencii uchádzačov o zamestnanie) a poberáte podporu v nezamestnanosti. Poistiteľa ERGO informujte o ukončení nezamestnanosti predložením kópie potvrdenia o ukončení poberania podpory v nezamestnanosti alebo o vyradení z evidencie nezamestnaných.

Uveďte, prosím, číslo bankového účtu oprávnenej osoby pre výplatu poistného plnenia:

V prípade, že Pracovná neschopnosť, Úplná trvalá invalidita alebo Smrť nastala v dôsledku choroby, je potrebné zabezpečiť vyplnenie aj II. časti Oznámenia poistnej udalosti (Lekárska správa).

Vyplnené Oznámenie poistnej udalosti zašlite na adresu:

ERGO Poistovňa, a.s.  
úsek likvidácie poistných udalostí  
Apollo Business Center II, Blok D  
Prievozská 4C  
821 08 Bratislava

Vyhlasujem, že som na všetky otázky odpovedal pravdivo a úplne som si vedomý možných dôsledkov v prípade zamlčania závažných okolností alebo uvedenia nesprávnych informácií.

### **Spracúvanie osobných údajov**

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

\_\_\_\_\_

mesto, dátum

\_\_\_\_\_

podpis poisteného resp. hlásiteľa

## II. časť - Lekárska správa (vyplňuje lekár poisteného)

Prípadné náklady na vyplnenie tohto tlačiva nesie poistená osoba resp. osoba preukazujúca vznik poistnej udalosti. Vyplniť v prípade, že smrť, úplná trvalá invalidita alebo pracovná neschopnosť nastala v dôsledku choroby.

### Označte oznamovanú udalosť:

pracovná neschopnosť      úplná trvalá invalidita      smrť

### Diagnóza – kód lekárskej Diagnózy podľa MKCH; Dátumy uvádzajte, prosím, v tvare: deň, mesiac, rok.

1. Uveďte výšku a váhu poisteného:      Výška:      cm      Váha:      kg

2. Uveďte v dôsledku akej choroby, chorôb nastala udalosť? (uveďte diagnózu) a jej trvanie počas Pracovnej neschopnosti a dátum jej prvého diagnostikovania:

diagnóza:      názov choroby:      PN od:      PN do:

dátum prvého diagnostikovania:

diagnóza:      názov choroby:      PN od:      PN do:

dátum prvého diagnostikovania:

diagnóza:      názov choroby:      PN od:      PN do:

dátum prvého diagnostikovania:

diagnóza:      názov choroby:      PN od:      PN do:

dátum prvého diagnostikovania:

3. Aké iné choroby alebo zdravotné problémy boli poistenému diagnostikované k dnešnému dňu a kedy prvýkrát?

diagnóza:      názov choroby:

dátum prvého diagnostikovania:

diagnóza:      názov choroby:

dátum prvého diagnostikovania:

diagnóza:      názov choroby:

dátum prvého diagnostikovania:

diagnóza:      názov choroby:

dátum prvého diagnostikovania:

4. Uveďte pracovné neschopnosti s uvedením diagnózy, ktoré u poisteného nastali 2 roky pred začiatkom poistenia?

diagnóza:      názov choroby:      PN od:      PN do:

diagnóza:      názov choroby:      PN od:      PN do:

diagnóza:      názov choroby:      PN od:      PN do:

diagnóza:      názov choroby:      PN od:      PN do:

5. Bol poistenému priznaný invalidný dôchodok, resp. požiadal o invalidný dôchodok a čaká na jeho priznanie?

Ak áno, uveďte podrobnosti (kedy požiadal, resp. kedy bol priznaný a chorobu/y na základe, ktorej bol invalidný dôchodok priznaný):

Údaje o zdravotnom stave musia byť overené a potvrdené praktickým lekárom poisteného, inak predmetné údaje nemôžu byť uznané pre potreby šetrenia nahlásenej poistnej udalosti.

\_\_\_\_\_

mesto, dátum

\_\_\_\_\_

podpis a pečiatka lekára poisteného:

**Vyplnenú II. časť Oznámenia poistnej udalosti (Lekárska správa) pošlite na adresu:**

ERGO Poistovňa, a.s.  
úsek likvidácie poistných udalostí  
Apollo Business Center II, Blok D  
Prievozská 4C  
821 08 Bratislava