



## Hlásenie poistnej udalosti z dôvodu úrazu alebo choroby

Číslo poistnej zmluvy \_\_\_\_\_

Odpovedzte, prosím, na všetky otázky v tomto dokumente. Vyplnené **obe strany dokumentu spolu so všetkými lekárskymi správami** a ostatnými dokumentmi týkajúcimi sa poistnej udalosti doručte na adresu Poistovateľa. Úplné a včasné doručenie dokladov urýchli vybavenie Vašej žiadosti.

### ČÍTAJTE POZORNE!

Okrem tohto vyplneného a podpísaného tlačiva, prosím, predložte **aj nasledujúce dokumenty:**

#### Úraz / Doba nevyhnutnej liečby úrazu / Doba liečenia úrazu / Bolesť

- lekárske správy z celého priebehu liečby úrazu;
- policajná správa alebo iný relevantný dokument preukazujúci závery zo šetrenia úrazu (inšpektorát práce pri pracovných úrazoch, úmrtí alebo ťažkých ublíženiach na zdraví);
- v prípade že sa jedná o dennú dávku za liečbu úrazu si Poistovateľ môže vyžiadať doklady o čistom príjme.

#### Závažné choroby / Kritické choroby nasledovné lekárske správy:

- lekársku správu o diagnostikovaní ochorenia v zmysle Osobitných poistných podmienok k príslušnému pripoisteniu, resp. doplnkovému poisteniu;
- histologický nález (TNM klasifikáciu);
- prepúšťaciu správu z prípadnej hospitalizácie alebo operácie;
- v prípade poistnej udalosti z dôvodu závažnej choroby, musí byť podpís na tomto hlásení úradne overený.

#### Hospitalizácia

- prepúšťaciu správu z hospitalizácie.

#### PRÁČENESCHOPNOSŤ

- potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti, kde bude zrejmé:
- a) prvý deň pracovnej neschopnosti,
  - b) deň ukončenia pracovnej neschopnosti,
  - c) dôvod pracovnej neschopnosti (určenie diagnózy),
  - lekárske správy z celého priebehu liečby úrazu alebo choroby;
  - potvrdenie o čistom príjme;
  - Potvrdenie Sociálnej poisťovne o poberaní nemocenskej dávky počas práceneschopnosti.

#### Operácia v dôsledku choroby

- prepúšťaciu správu z hospitalizácie, počas ktorej bola operácia vykonaná;
- histologický nález.

#### Invalidita

- rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku, vystavené Sociálnou poisťovňou;
- odborný posudok o invalidite vydaný Sociálnou poisťovňou (lekárska správa posudkového lekára Sociálnej poisťovne);
- v prípade rentovej výplaty je potrebné doložiť aj:
  - prípadne aj doklady preukazujúce iné poistenie invalidity s rentovou výplatou, a/alebo doklady preukazujúce vyplatené poistné plnenia z iných poistení, a/alebo doklady potvrdzujúce výšku akýchkoľvek invalidných dôchodkov od zamestnávateľa, štátu a iných subjektov;
- lekárske správy o zdravotnom stave, pre ktorý bol priznaný invalidný dôchodok.

#### Invalidita - Plnenie vopred

- kópiu lekárskeho potvrdenia o diagnostikovaní ochorenia v zmysle Osobitných poistných podmienok.

Čísla všetkých poistných zmlúv uzavretých s Poistovateľom

### 1 Osobné údaje poisteného

Meno a priezvisko \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_

#### Adresa trvalého

bydliska (ulica, číslo) \_\_\_\_\_

PSČ \_\_\_\_\_

Obec, štát \_\_\_\_\_

#### Korešpondenčná

adresa (ulica, číslo) \_\_\_\_\_

PSČ \_\_\_\_\_

Obec \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliska a korešpondenčná adresa, ktoré ste uviedli, budú aktualizované a nahradia Vaše predchádzajúce kontaktné údaje.

E-mail \_\_\_\_\_

Telefón + \_\_\_\_\_

Telefónne číslo a email budú aktualizované a nahradia Vaše predchádzajúce kontaktné údaje.

Na uvedené kontakty Vám zašleme potvrdenie k tomuto hláseniu.

#### Posledné zamestnanie:

a) obchodné meno / názov a sídlo / miesto podnikania zamestnávateľa: \_\_\_\_\_

b) pracovné zaradenie: \_\_\_\_\_

**NN Životná poisťovňa, a.s.**, Jesenského 4/C, 811 02 Bratislava, Slovenská republika, Tel.: 0850 111 464, E-mail: klient@nn.sk. Webové sídlo: www.nn.sk, IČO: 35 691 999, DIČ: SK2020861557. Zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Sa, vložka č.: 1095/B (ďalej len „Poistovateľ“). IBAN kód: SK901100000002626726777, Swift kód: TATRSKBX

Vyplňte, prosím, len pre prípad poistného plnenia z poistenia práceneschopnosti alebo dennej dávky za liečbu úrazu:

čistý mesačný príjem: \_\_\_\_\_ €

**Poistený je:**

- zamestnanec
- SZČO (musí byť nemocensky poistená osoba, inak nevzniká nárok na poistné plnenie v prípade poistnej udalosti z dôvodu práceneschopnosti)

**V prípade nároku na poistné plnenie žiadam vyplatiť finančné prostriedky:**

- Poštovým poukazom na korešpondenčnú adresu. V prípade, ak je uvedená korešpondenčná adresa mimo územia Slovenskej republiky, suma bude zaslaná na adresu trvalého bydliska poisteného nachádzajúceho sa výlučne na území Slovenskej republiky. *Poistovateľ nezodpovedá za doručenie finančného obnosu Slovenskou poštou.*
- Prevodom na účet

IBAN \_\_\_\_\_ SWIFT/BIC \_\_\_\_\_

V prípade účtu mimo eurozónu:

IBAN \_\_\_\_\_

Názov banky \_\_\_\_\_

SWIFT/BIC \_\_\_\_\_

Adresa banky \_\_\_\_\_ Štát \_\_\_\_\_

Majiteľ účtu \_\_\_\_\_

**2 Poistná udalosť vznikla z dôvodu**

**Choroby**

Dátum vzniku poistnej udalosti

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_|

Poistenia, z ktorých si chcete uplatniť poistné plnenie

- Práceneschopnosť
- Hospitalizácia
- Operácia
- Závažné choroby / Kritické choroby
- Invalidita
- Oslobodenie od platenia poistného
- Iné: \_\_\_\_\_

**Úrazu**

Dátum vzniku poistnej udalosti (kedy a kde došlo k úrazu)

Dňa \_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_| o \_\_\_\_| hod. v \_\_\_\_\_

Poistenia, z ktorých si chcete uplatniť poistné plnenie

- Denná dávka za liečbu úrazu / Bežné úrazy / Bolestné
- Práceneschopnosť
- Trvalé následky úrazu
- Hospitalizácia
- Invalidita
- Oslobodenie od platenia poistného
- Iné: \_\_\_\_\_

Popíšte okolnosti vzniku úrazu:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Došlo k úrazu pri športe alebo záujmovej činnosti?**

- Nie  Áno Uvedte bližšie informácie (registráciu v športovom klube, účasť na súťaži, a pod.): \_\_\_\_\_

**Bola udalosť, ktorá je dôvodom hlásenia poistnej udalosti, vyšetrovaná políciou?**

- Nie  Áno Kontaktná adresa policajného oddelenia, prípadne telefón a meno vyšetrovateľa: \_\_\_\_\_

**Došlo k úrazu pri výkone povolania?**

- Nie  Áno Ak áno, uvedte pracovisko, na ktorom došlo k úrazu a činnosť, pri ktorej došlo k úrazu: \_\_\_\_\_

## Došlo k úrazu pri dopravnej nehode?

Nie  Áno

Účastník nehody:

ako vodič  ako chodec  ako spolujazdec  ako \_\_\_\_\_

Uvedte meno a presnú adresu (prípadne telefón) posledného ošetrojúceho lekára poisteného, u ktorého mal poistený vedenú zdravotnú dokumentáciu:

	Meno a priezvisko	Adresa	Tel. číslo
Všeobecný ošetrojúci lekár:	_____	_____	+ _____
Ženský lekár:	_____	_____	+ _____

## 3 Vyhlásenie a potvrdenie Poisteného, ktorý si uplatňuje nárok na poistné plnenie (ďalej len Poistený)

Ja, dolu podpísaný/á, uplatňujem si nárok na poistné plnenie, resp. oslobodenie od platenia poistného a vyhlasujem, že na všetky otázky v tomto Hlásení poistnej udalosti som odpovedal/a **úplne a pravdivo**. Zároveň vyhlasujem, že som majiteľom/kou účtu, na ktorý žiadam vyplatiť finančné prostriedky za predpokladu vzniku nároku na poistné plnenie.

Som si vedomý/á, že toto uplatnenie nároku nezakladá automaticky právo na výplatu plnenia z poistnej zmluvy, resp. na oslobodenie od platenia poistného.

Za predpokladu, že majiteľom/kou účtu je iná osoba zavazujem sa bez zbytočného odkladu oznámiť Poistovní údaje o osobe, ktorá je majiteľom/kou účtu v nasledovnom rozsahu: meno, priezvisko, rodné číslo alebo dátum narodenia, ak rodné číslo nebolo pridelené, adresu trvalého pobytu alebo iného pobytu, štátnu príslušnosť, druh a číslo dokladu totožnosti, ak je majiteľom/kou účtu fyzická osoba, alebo názov, adresu sídla, identifikačné číslo, označenie úradného registra alebo inej úradnej evidencie, číslo zápisu do tohto registra alebo evidencie, meno a priezvisko osoby oprávnenej konať v mene danej osoby, ak je majiteľom/kou účtu právnická osoba.

Poistený podpisom tohto dokumentu bezpodmienečne a bezvýhradne (a) pristupuje k peňažným záväzkom vyplývajúcim z poistnej zmluvy vo forme akýchkoľvek dlžných peňažných čiastok z poistenia podľa poistných zmlúv, z ktorých vznikne nárok na poistné plnenie a (b) súhlasí, aby Poistovateľ ku dňu splatnosti poistného plnenia započítal takéto dlžné peňažné čiastky na poistné plnenie až do výšky poistného plnenia.

Poistený berie na vedomie, že Poistovateľ spracúva osobné údaje v súlade s ustanoveniami § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve v platnom znení v spojení s § 78 ods. 5 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení a osobitnými predpismi a v súlade s poistnou zmluvou za účelom výkonu poisťovacej činnosti zo strany Poistovateľa a na účely súvisiace s poisťovacou činnosťou, ako sú najmä: (i) uzavieranie a správa poistných zmlúv; (ii) likvidácia poistných udalostí; (iii) plnenie povinností a úloh podľa osobitných predpisov a i. Ďalšie informácie o spracovaní osobných údajov sú zverejnené na webovej stránke Poistovateľa a sú uvedené v poistnej zmluve.

## 4 Identifikácia

V \_\_\_\_\_ Dňa \_\_\_\_\_

**Podpis** \_\_\_\_\_ **Totožnosť overená podľa (typ, číslo a platnosť dokladu):** \_\_\_\_\_ **Štát vydania** \_\_\_\_\_

Poistený \_\_\_\_\_

Zákonný zástupca poisteného dieťaťa \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_ Štátna príslušnosť \_\_\_\_\_ Vzťah zákonného zástupcu k poistenému dieťaťu \_\_\_\_\_

Meno a priezvisko zákonného zástupcu poisteného dieťaťa \_\_\_\_\_

Adresa trvalého bydliska zákonného zástupcu (ulica, číslo, obec, štát) \_\_\_\_\_

## 5 Finančný agent

**Finančný agent v sektore poistenia a zaistenia týmto vyhlasuje a potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu Poisteného alebo Zákonného zástupcu poisteného dieťaťa na základe ich dokladov totožnosti (OP, pas, povolenie na pobyt). (V prípade, ak je na poistnej zmluve finančný agent zhodný s poistníkom, vyplní iný overujúci finančný agent.)** Informácie o finančnom agentovi v sektore poistenia a zaistenia v zmysle platného zákona o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve.

Obchodné meno, právna forma	_____	Číslo finančného agenta	_____
E-mail a telefón finančného agenta	_____	Registr. číslo v NBS	_____
Miesto podnikania / Sídlo	_____	Podpis finančného agenta	_____

Spôsob overenia finančného agenta v príslušnom podregistri: [www.regfap.nbs.sk](http://www.regfap.nbs.sk)