



Pobočka, dátum prijatia

Ústredie, dátum prijatia

 Vyhradené pre
elektronický archív

Číslo poisťnej zmluvy

Číslo poisťnej zmluvy

7 6 5 8 4 5 8 7

Oznámenie poisťnej udalosti následkom úrazu

NN Životná poisťovňa, a.s. Jesenského 4/C, 811 02 Bratislava Slovenská republika, www.nnpoistovna.sk (ďalej len „poisťovateľ“) zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, v oddieli: Sa, vložka č.: 1095/B Tel.: 0850 111 464, fax: 02/59 313 999 IČO: 35 691 999, IČ DPH: SK 2020861557

I. časť: Identifikácia
Identifikačné údaje poisteného

Meno a priezvisko, titul Novák Pavol, Ing.		Pohlavie <input type="checkbox"/> žena <input checked="" type="checkbox"/> muž	Rodné číslo 7 2 0 2 1 0 9 8 7 5
Trvalý pobyt (ulica, popisné číslo, mesto, PSČ) Topoľova 21, 042 00 Košice		Štátna príslušnosť slovenská	Druh a číslo dokladu totožnosti DE 658974
Kontaktný telefón 0 9 1 1 5 4 7 8 1 6	E-mail (Uvedením e-mailovej adresy urýchlite spracovanie poisťnej udalosti) novak@vzor.sk		
Zamestnanie/Odvetvie/Oblasť podnikania Vodohospodárske stavby	Popis pracovnej náplne dátový analytik		

Poistený týmto berie na vedomie, že ak uvedie v tomto dokumente inú e-mailovú adresu alebo iné telefónne číslo než aké uviedol poisťovateľovi pri poslednom kontakte s ním, považuje sa toto za žiadosť o zmenu týchto jej údajov.

Identifikačné údaje zástupcu

<input type="checkbox"/> zákonný zástupca	<input type="checkbox"/> splnomocnený zástupca	<input type="checkbox"/> osoba nahlasujúca nesebestačnosť	ďalej len „zástupca“
Meno a priezvisko, titul		Pohlavie <input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž	Rodné číslo
Trvalý pobyt (ulica, popisné číslo, mesto, PSČ)		Štátna príslušnosť	Druh a číslo dokladu totožnosti
Kontaktný telefón	E-mail (Uvedením e-mailovej adresy urýchlite spracovanie poisťnej udalosti)		

Zástupca týmto berie na vedomie, že ak uvedie v tomto dokumente inú e-mailovú adresu alebo iné telefónne číslo než aké uviedol poisťovateľovi pri poslednom kontakte s ním, považuje sa toto za žiadosť o zmenu týchto jej údajov.

Vzťah k poistenému (matka, otec, atď.) Adresa príslušného odboru starostlivosti o dieťa

 Zástupca prikladá dokument, preukazujúci jeho oprávnenie konať za oprávnenú osobu

II. časť: Rozsah a popis poisťnej udalosti
Druh poisťnej udalosti
Poisťná udalosť
 Úraz / doba nevyhnutného liečenia úrazu / bolestné

 Trvalé následky úrazu

 Invalidný dôchodok následkom úrazu / Invalidita z úrazu

Oslobodenie od platenia poisťného z dôvodu úrazu

Súčasne s týmto formulárom, prosím, doložte aj tieto dokumenty

- Overenú kópiu lekárskej správy o priebehu a spôsobe liečenia od ošetrojúceho odborného lekára*
- V prípade hospitalizácie overenú kópiu prepúšťacej správy.

Trvalé následky úrazu sa hodnotia najskôr rok po vzniku úrazu, len v prípade, ak sú následky z medicínskeho hľadiska ustálené a teda nemenné (najneskôr však do troch rokov). V prípade stratovej diagnózy, napr. amputácie končatiny, je možné hodnotiť stav trvalých následkov ihneď.

- Overenú kópiu lekárskej správy o priebehu a spôsobe liečenia od ošetrojúceho odborného lekára.
- V prípade hospitalizácie overenú kópiu prepúšťacej správy.
- Lekársku správu s aktuálnym popisom trvalých následkov (pri obmedzení hybnosti – uviesť rozsah hybnosti v stupňoch, v prípade jazvy – typ a rozmer).

- Overenú kópiu rozhodnutia o priznaní invalidného dôchodku z ústredia Sociálnej poisťovne alebo odborný posudok o zdravotnom stave, keď poistený nemá nárok na invalidný dôchodok v zmysle všeobecne záväzných právnych predpisov.
- Overenú kópiu lekárskej správy (I. a II. časť) z rokovania posudkovej komisie o prechode do invalidity zo Sociálnej poisťovne.

Poistná udalosť Hospitalizácia následkom úrazu Nesebestačnosť Odkázanosť dieťaťa na pomoc inej osoby**Súčasne s týmto formulárom, prosím, doložte aj tieto dokumenty**

1. Overenú kópiu prepúšťacej správy (hospitalizácia v dôsledku úrazu)

Overené kópie lekárskeho správ od odborného lekára, z ktorých je zrejmé, že poistený nie je schopný vykonať aspoň štyri zo šiestich vymenovaných činností:

1. Prijímanie stravy a dodržiavanie pitného režimu
2. Umývanie tela / kúpanie alebo sprchovanie
3. Výkon fyziologickej potreby vrátane hygieny
4. Obliekanie, vyzliekanie, obúvanie, vyzúvanie
5. Mobilita
6. Schopnosť pohybovať sa

1. Overenú kópiu lekárskej správy o priebehu a spôsobe liečenia od ošetrojúceho odborného lekára.

2. Overenú kópiu posudku o priznaní stupňa závislosti na pomoc inej osoby

3. Overenú kópiu rozhodnutia o priznaní príspevku na opatrovanie alebo osobnú asistenciu.

*overenou kópiou sa rozumie úradne osvedčená kópia alebo kópia, ktorej pravosť bola potvrdená finančným agentom

Okolnosti vzniku úrazu

Kedy sa úraz stal: Dátum 0 8 | 0 6 | 2 0 | 1 8 | Čas 1 4 : 3 0 |

Popis okolností, za ktorých došlo k úrazu:

Došlo k úrazu pri výkone povolania? ÁNO NIE Ak áno, uveďte pracovisko, na ktorom došlo k úrazu a činnosť, pri ktorej došlo k úrazu.

Došlo k úrazu pri záujmovej činnosti alebo športe?

Ak áno, uveďte bližšie informácie (registrácie v športových kluboch, účasť na pretekoch apod.)

Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? ÁNO NIEÚčastník nehody: ako vodič ako chodec ako spolujazdec ako _____

Boli okolnosti úrazu vyšetrované

(orgány činné v trestnom konaní, Inšpektorát práce apod.)? ÁNO NIE

(Ak áno, doložte overenú kópiu zápisnice orgánu činného v trestnom konaní, resp. právoplatné rozhodnutie súdu, záznam o pracovnom úraze a uveďte adresu vyšetrojúceho orgánu, číslo a značku konania)

Vypíňa ošetrojúci lekár

Lekárska správa o úraze

Dátum prvého ošetrenia Zodpovedá telesné poškodenie okolnostiam, ktoré uviedol poistený?

 ÁNO NIE

Číslo diagnózy úrazu a slovný popis

Doba nevyhnutného liečenia úrazu / bolestného

Od _____ Do _____

Hospitalizácia

Od _____ Do _____ Dni prepustky _____ Dátum operačného zákroku _____

Prosíme doložte prepúšťaciu správu a lekárske správy o priebehu a spôsobe liečenia od ošetrojúceho odborného lekára

Bola poranená časť tela už pred úrazom funkčne postihnutá? ÁNO NIEJe navrhnutá ďalšia rehabilitačná alebo kúpeľná liečba? ÁNO NIE

Aké (popis)?

Došlo k úrazu následkom požitia alkoholu alebo iných návykových látok? ÁNO NIE

Množstvo (alkoholu / promile)

Bolo príčinou úrazu úmyselné sebaopoškodenie alebo pokus o samovraždu? ÁNO NIEZanechal úraz po ukončení liečby trvalé následky? ÁNO NIE

Aké (popis)?

Pečiatka a podpis lekára / zdravotníckeho zariadenia

V _____ dňa _____

Spôsob výplaty / Vyhlásenie

Poistné plnenie prosím poukázať na

IBAN

S K 0 8 1 1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 2 6 8 7 4 5 8 4

Variabilný symbol

alebo

na adresu (ulica, popisné číslo, mesto, PSČ, štát):

Poistovateľ je v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a financovania terorizmu povinnou osobou a pri výplate poistného plnenia 1 000 EUR alebo viac povinný vykonať identifikáciu a overenie identifikácie osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie. Overenie identifikácie osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie vykoná finančný agent na tomto formulári alebo sa vykoná iným spôsobom, ak takýto spôsob umožňuje osobitný predpis.

V záujme ochrany práv osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie poistovateľ požaduje úradné osvedčenie pravosti podpisu (matrika, obecný úrad, notár), ak je výška poistného plnenia 10 000 EUR alebo viac.

Vyhlásenie

Týmto vyhlasujem, ako osoba uplatňujúca si nárok na poistné plnenie, že som všetky otázky zodpovedal/a pravdivo a úplne a som si vedomý/á dôsledkov neúplných a nepravdivých odpovedí na rozsah povinnosti poistovateľa plniť. Zaväzujem sa poistovateľovi poskytnúť ďalšie potrebné podklady k došetreniu poistnej udalosti vrátane preskúmania zdravotného stavu.

Poistený/zástupca sú si vedomí, že poistovateľ bude spracúvať jeho osobné údaje, vrátane osobitných kategórií osobných údajov v súlade s ustanovením § 78 ods. 5 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov (ďalej len „Zákon o OOU“) v spojení s ustanovením § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve v platnom znení.

Poučenie o ochrane osobných údajov – NN Životná poisťovňa, a.s.:

Poistovateľ ako prevádzkovateľ osobných údajov si v súlade s Nariadením Európskeho Parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (ďalej len „Nariadenie GDPR“) plní svoju informačnú povinnosť voči nasledovným dotknutým osobám: zákonný zástupca poisteného, splnomocnený zástupca poisteného, osoba nahlasujúca nesebestačnosť, oprávnená osoba a prípadne iné dotknuté fyzické osoby, ktorých osobné údaje sú získané na základe tohto oznámenia o poistnej udalosti (ďalej len „dotknuté osoby“)

Totožnosť a kontaktné údaje prevádzkovateľa: NN Životná poisťovňa, a.s., Jesenského 4/C, 811 02 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35 691 999, e-mailová adresa: klient@nn.sk, klientska linka: 0850 111 464

Kontaktné údaje zodpovednej osoby: dpo@nn.sk

Prenos do tretej krajiny alebo medzinárodnej organizácie: Prevádzkovateľ nezamýšľa preniesť osobné údaje dotknutých osôb do tretej krajiny alebo medzinárodnej organizácie.

Práva dotknutej osoby: právo požadovať prístup k osobným údajom, ktoré sa jej týkajú, právo na opravu osobných údajov, právo na vymazanie a/alebo obmedzenie spracúvania osobných údajov, právo na prenositeľnosť osobných údajov, právo podať sťažnosť na spracúvanie osobných údajov orgánu dozoru – Úradu na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky; pre vylúčenie akýchkoľvek pochybností platí, že uvedené práva je dotknutá osoba oprávnená uplatniť v prípade, ak jej uplatnenie takéhoto práva pri konkrétnom právnom základe spracúvania osobných údajov umožňuje Nariadenie GDPR, resp. Zákon o OOU a vykonanie konkrétneho práva je u prevádzkovateľa technicky možné.

Účel spracúvania osobných údajov: výkon poisťovacej činnosti zo strany poistovateľa v zmysle zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon o poisťovníctve“) na účely súvisiace s poisťovacou činnosťou, ako sú najmä: (i) uzavieranie poistných zmlúv; (ii) správa poistných zmlúv; (iii) likvidácia poistných udalostí; (iv) poskytovanie plnenia z poistných zmlúv; (v) ochrana a domáhanie sa práv poistovateľa; (vi) dokumentovanie činnosti poistovateľa; (vii) plnenie povinností a úloh poistovateľa podľa zákona o poisťovníctve alebo podľa osobitných predpisov (napr. zákona č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu v znení neskorších predpisov a i.). Poskytnutie osobných údajov dotknutých osôb pre uvedený účel spracúvania osobných údajov je nevyhnutné pre správu poistnej zmluvy a likvidáciu poistnej udalosti a je zákonnou požiadavkou.

Právny základ spracúvania: spracúvanie je nevyhnutné na splnenie zákonnej povinnosti poistovateľa v zmysle § 78 zákona o poisťovníctve alebo podľa osobitných predpisov v spojení s § 78 ods. 5 Zákona o OOU (čl. 6 ods. 1 písm. c) Nariadenia GDPR) a zároveň spracúvanie je nevyhnutné na plnenie Zmluvy (čl. 6 ods. 1 písm. b) Nariadenia GDPR).

Kategórie príjemcov osobných údajov: príjemcovia – finanční agenti v súlade so zákonom č. 186/2009 Z. z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov a iné fyzické osoby v zmluvnom vzťahu s poistovateľom, prostredníctvom ktorých poistovateľ získava osobné údaje pre účely výkonu poisťovacej činnosti; príjemca spracúvajúci údaje z vrátených doručení a celých vrátených doručkových zásielok; príjemca vykonávajúci správu a vymáhanie pohľadávok poistovateľa; príjemca vykonávajúci auditorské činnosti podľa osobitného predpisu; príjemca vykonávajúci správu registratúry, príjemca vykonávajúci IT servis/podporu a IT development, príjemcovia spolupracujúci s poistovateľom pri medicínskom upisovaní a pri likvidácii poistných udalostí, príjemca poskytujúci služby zabezpečenia archivácie dokumentov, príjemca – NN Group N.V., registračné číslo 52387534, so sídlom Haag, Holandské kráľovstvo a akejkolvek osobe, nad ktorou NN Group N.V. vykonáva kontrolu vrátane poistovateľa, pričom kontrolou sa rozumie kontrola podľa ustanovenia § 5 písm. g) zákona o poisťovníctve (ďalej len „NN Group“), príjemcovia – poskytovatelia cloudových riešení, právny zástupca poistovateľa (advokát), notári, exekútori, Sociálna poisťovňa a iné oprávnené orgány.

Doba uchovávania osobných údajov: doba trvania zmluvného vzťahu založeného poistnou zmluvou a doba nevyhnutne potrebná na plnenie práv a povinností poistovateľa vyplývajúcich zo zmluvného vzťahu, zákona o poisťovníctve a/alebo osobitných

predpisov, a to aj na dobu 10 rokov po skončení platnosti poistnej zmluvy.

Ďalšie informácie o spracúvaní osobných údajov dotknutej osoby sú uverejnené na Webovom sídle poisťovateľa.

Podpis poisteného/zástupcu

V

dňa

Košiciach

2, 0 | 0, 6 | 2, 0, 1, 8

Identifikáciu a overenie identifikácie poisteného/oprávnenej osoby/zástupcu na tomto tlačive je možné vykonať prostredníctvom finančného agenta. Overenie pravosti podpisu je možné vykonať prostredníctvom notára, miestneho alebo obecného úradu.

FINANČNÝ AGENT

Informácie o finančnom agentovi

Informácie o finančnom agentovi v sektore poistenia v zmysle platného zákona o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve. Spôsob overenia finančného agenta v príslušnom podregistri: www.nbs.sk

Obchodné meno, právna forma

E-mail a telefón finančného agenta

Miesto podnikania / Sídlo

Registračné číslo v NBS

Finančný agent v sektore poistenia týmto vyhlasuje a potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie na základe jej dokladu totožnosti (OP, pas).

Osobné údaje z dokladu totožnosti boli získané opísaním, ak inak, vyznačte spôsob získania (skenovaním, kopírovaním).

Podpis a identifikačné číslo finančného agenta

Vyplnené oznámenie aj s prílohami pošlite na adresu NN Životná poisťovňa a.s., Jesenského 4/C, 811 02 Bratislava, odd. likvidácie poistných udalostí.