



Pobočka, dátum prijatia

Ústredie, dátum prijatia

 Vyhradené pre  
elektronický archív

Číslo poisťnej zmluvy

Číslo poisťnej zmluvy

## Oznámenie poisťnej udalosti následkom úrazu

NN Životná poisťovňa, a.s. Jesenského 4/C, 811 02 Bratislava Slovenská republika, www.nn.sk (ďalej len „poisťovateľ“) zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, v oddieli: Sa, vložka č.: 1095/B, IČO: 35 691 999, IČ DPH: SK7120001922

### I. časť: Identifikácia

#### Identifikačné údaje poisteného

Meno a priezvisko, titul		Pohlavie	Rodné číslo
		<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž	
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)		
Zamestnanie/Odvetvie/Oblasť podnikania	Popis pracovnej náplne		

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	Rodné číslo
		<input type="checkbox"/> žena <input type="checkbox"/> muž	
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  Čas 

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

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“).

### 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 a s tým súvisiace predzmluvné posúdenie rizika pri uzatvorení poistnej zmluvy na základe dokladov týkajúcich sa zdravotného stavu dotknutej osoby predložených dotknutou osobou alebo jej zástupcom; (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. zákon č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane a financovaní 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:** (i) osoby, ktorým poskytnutie a/alebo sprístupnenie osobných údajov poistovateľom vyplýva z právnych predpisov, (ii) osoby, ktoré pre poistovateľa alebo v mene poistovateľa poskytujú služby a zabezpečujú činnosti v súvislosti s jej predmetom podnikania; (iii) spolupracujúci externí audítori, advokáti/advokátske kancelárie, notári (iv) externé zaistovne, (v) osoby poverené spracúvaním osobných údajov (sprostredkovatelia) ako je napríklad finančný agent, ktorý uzatvorením poistnej zmluvy sprostredkoval, (vi) NN Group N.V., so sídlom Haag, Holandské kráľovstvo, registračné číslo: 52387534 a akákoľvek osoba, nad ktorou NN Group N.V. vykonáva kontrolu vrátane poistovateľa, NN dôchodková správcovská spoločnosť, a.s., Jesenského 4/C, 811 02 Bratislava, IČO: 35 902 981 (ďalej len „NN DSS“) a NN Tatry – Sympatia, d.d.s., a.s., Jesenského 4/C, 811 02 Bratislava, IČO: 35 976 853 (ďalej len „NN DDS“), pričom kontrolou sa rozumie kontrola podľa ustanovenia § 8 písm. h) zákona č. 566/2001 Z.z. o cenných papieroch a investičných službách a o zmene a doplnení niektorých zákonov v platnom znení, (vii) Finančná inštitúcia, v prospech ktorej je poistné plnenie vinkulované.

**Doba uchovávanía osobných údajov:** doba trvania zmluvného vzťahu založeného poistnou zmluvou a doba nevyhnutne potrebná na plnenie práv a povinností poisťovateľa 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

Identifikáciu a overenie identifikácie poisteného/oprávnenej osoby/zástupcu na tomto tlačíve 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.regfap.nbs.sk](http://www.regfap.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.