

## HLÁSENIE POISTNEJ UDALOSTI – INVALIDITA SPÔSOBENÁ NEHODOU

# Úrazové poistenie

**4Life Direct Insurance Services s.r.o.**  
Oddelenie likvidácie poistných udalostí  
Štetinova 4  
811 06 Bratislava 1

Číslo udalosti \_\_\_\_\_  
Vyplní 4Life Direct

### VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE

1. Prosím vyplňte dokument **TLAČENÝM PÍSMOM**
2. Prosím odpovedzte na všetky otázky
3. Zašlite prosím vyplnený a podpísaný formulár spolu s ostatnými potrebnými dokumentmi na nasledovnú adresu:  
4Life Direct Insurance Services s.r.o., Štetinova 4, 811 06 Bratislava 1

### ZOZNAM POTREBNÝCH DOKUMENTOV

1. Vyplnené a podpísané hlásenie poistnej udalosti – invalidita spôsobená nehodou „Úrazové poistenie“.
2. Vyplnená žiadosť – vyhlásenie lekára.
3. Prepúšťacia správa z nemocnice.
4. Zdravotná dokumentácia potvrdzujúca úraz.
5. Iná zdravotná dokumentácia potvrdzujúca príčinu hospitalizácie.
6. Overená kópia občianskeho preukazu osoby oprávnenej prevziať poistné plnenie alebo kópia občianskeho preukazu a iného dokumentu potvrdzujúceho totožnosť (cestovný pas, vodičský preukaz).
7. Kópia protokolu o nehode z Polície alebo záznamu iného kompetentného orgánu, ak bol vyhotovený.
8. Kópia záznamu o registrovanom pracovnom úraze vyhotovená zamestnávateľom alebo ním poverenou osobou – pokiaľ sa nehoda stala na pracovisku.
9. Písomné vyhlásenia svedkov – pokiaľ niektorý z dokumentov uvedených v predchádzajúcich dvoch bodov nie je k dispozícii.
10. V prípade trvalej invalidity – rozhodnutie príslušnej pobočky Sociálnej poisťovne o invalidite aspoň v rozsahu 70 %.
11. Iná dokumentácia nevyhnutná pre zistenie oprávnenosti poistného plnenia – na žiadosť 4Life Direct.

### 1. OSOBNÉ ÚDAJE POISTENÉHO

Výplata poistného plnenia sa týka:  úraz  hospitalizácia  trvalá invalidita

Číslo poistnej zmluvy: \_\_\_\_\_

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

Dátum narodenia: \_\_\_\_ – \_\_\_\_ – \_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Číslo OP: \_\_\_\_\_

Kontaktný tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Obec: \_\_\_\_\_

### KOREŠPONDENČNÁ ADRESA (pokiaľ je iná, ako adresa trvalého bydliska)

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Obec: \_\_\_\_\_

## 2. OSOBNÉ ÚDAJE OSOBY, KTORÁ SI UPLATŇUJE NÁROK NA POISTNÉ PLNENIE

– AK JE ŽIADATEĽ INÝ AKO POISTENÁ OSOBA

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

Dátum narodenia: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Rodné číslo: \_\_\_\_\_ Číslo OP: \_\_\_\_\_

Kontaktný tel.: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Obec: \_\_\_\_\_

### KOREŠPONDENČNÁ ADRESA (pokiaľ je iná, ako adresa trvalého bydliska)

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Obec: \_\_\_\_\_

## 3. INFORMÁCIE O POBYTE V NEMOCNICI/NEHODE POISTENEJ OSOBY

Názov a adresa nemocnice: \_\_\_\_\_

Dátum hospitalizácie pobytu: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ do \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Dátum nehody: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Poradové číslo hospitalizácie v súvislosti s nehodou:

Dátum posudku trvalej invalidity: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Krátky popis nehody a okolností: \_\_\_\_\_

Ktorá časť tela bola poranená? \_\_\_\_\_

Bola poranená časť tela postihnutá už pred touto nehodou? Ak áno, popíšte ako? \_\_\_\_\_

Nehoda sa stala dňa: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ o: \_\_\_\_\_ hod. miesto: \_\_\_\_\_

Stala sa nehoda pri športe alebo inej pohybovej aktivite?  áno  nie

Boli ste pri cestovaní dopravným prostriedkom?  vodičom  cestujúcim

Ak ide o nehodu spôsobenú motorovým vozidlom, uveďte: \_\_\_\_\_

Ak ide o nehodu spôsobenú motorovým vozidlom, uveďte: \_\_\_\_\_

Druh a továrnská značka motorového vozidla: \_\_\_\_\_

Evidenčné číslo vozidla: \_\_\_\_\_

Meno a adresa vodiča v čase nehody: \_\_\_\_\_

Bolo motorové vozidlo v čase nehody používané k prevádzkovaní taxislužby alebo autoškoly?  áno  nie

#### 4. ÚDAJE LEKÁRA, KTORÝ POSKYTOL INFORMÁCIE O PRIEBEHU LIEČBY A ZDRAVOTNOM STAVE

Meno a priezvisko/ názov inštitúcie: \_\_\_\_\_

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Obec: \_\_\_\_\_

Telefónne číslo: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

#### 5. ÚDAJE O POLÍCIÍ/PROKURATÚRE, KTORÁ VEDIE VYŠETROVANIE

Názov vyšetrovacieho orgánu: \_\_\_\_\_

Číslo vyšetrovacieho spisu: \_\_\_\_\_

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Obec: \_\_\_\_\_

#### 6. SPÔSOB VYPLATENIA POISTNÉHO PLNENIA

**Prevod na bankový účet**

Meno a priezvisko majiteľa účtu: \_\_\_\_\_

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Obec: \_\_\_\_\_

Názov banky, v ktorej je účet vedený: \_\_\_\_\_

Číslo bankového účtu /IBAN/: \_\_\_\_\_

**Poštovým poukazom na adresu:**

Meno a priezvisko osoby oprávnenej na vyplatenie platby prostredníctvom poštového poukazu: \_\_\_\_\_

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_

PSČ: \_\_\_\_\_ Obec: \_\_\_\_\_

## 7. PREHLÁSENIE OPRÁVNENEJ OSOBY

Prehlasujem a potvrdzujem svojím podpisom, že vyššie uvedené informácie zodpovedajú skutočnosti a sú kompletne. Beriem na vedomie a akceptujem, že mnou uvedené údaje spracuje poisťovateľ – spoločnosť Red Sands Life Assurance Company (Europe) Limited, so sídlom Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltár, zapísaná v Companies House Gibraltar (Obchodný register v Gibraltári) pod registračným číslom 101001, prípadne v jej mene konajúca spoločnosť 4Life Direct. Som si vedomý/vedomá skutočnosti, že som svoje osobné údaje poskytol/poskytla dobrovoľne.

---

Obec

---

Dátum

---

Podpis osoby uplatňujúcej si nárok