

## HLÁSENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI – INVALIDITA SPÔSOBENÁ NEHODOU ÚRAZOVÉ POISTENIE

Číslo udalosti (vyplní 4Life Direct)

Všetky dopisy, otázky a sťažnosti týkajúce sa poistných zmlúv je potrebné zaslať poisťovateľovi na adresu 4Life Direct, Dunajská 8, 811 08 Bratislava 1. Komunikáciu ohľadom sťažností a žiadostí medzi oboma stranami možno viesť písomne, ústne alebo v elektronickej podobe. Vo všetkých prípadoch je osoba povinná uviesť číslo poistnej zmluvy alebo iné údaje identifikujúce poistnú zmluvu, ktorej sa žiadosť týka. Písomná odpoveď bude zaslaná najneskôr do 30 (tridsiatich) dní od doručenia sťažnosti / požiadavky. Pokiaľ nebude poisťovateľ schopný zaslať odpoveď v uvedenej lehote, bude poistený informovaný spoločnosťou 4Life Direct o dôvodoch meškania reakcie a takisto o predpokladanom termíne odpovede, a to najneskôr v lehote 60 (šesťdesiatich) dní od doručenia sťažnosti.

### VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE

1. Vyplňte, prosím, tlačivo PALIČKOVÝM PÍSMOM.
2. Odpovedzte, prosím, na všetky otázky.
3. Zašlite, prosím, vyplnené a podpísané tlačivo spolu s ostatnými potrebnými dokumentmi na nasledovnú adresu:

**4Life Direct Insurance Services s.r.o.**  
Dunajská 8  
811 08 Bratislava 1

Poisťovateľ a spoločnosť 4Life Direct nepreplácajú náklady spojené so zaobstaraním požadovanej dokumentácie potrebnej pre účely likvidácie škodovej udalosti.

### ZOZNAM POTREBNÝCH DOKUMENTOV

- ☐ Kompletne vyplnené tlačivo „Hlásenie škodovej udalosti – invalidita spôsobená nehodou“ s úradne overeným podpisom totožnosti poistenej osoby.
- ☐ Kópia občianskeho preukazu poistenej osoby.
- ☐ Vyplnené tlačivo – Vyhlásenie lekára.
- ☐ Kópia lekárskej správy z prvého ošetrenia úrazu.
- ☐ Kópie ďalších lekárskejších správ súvisiacich s úrazom.
- ☐ Kópia prepúšťacej správy z nemocnice (ak nastala hospitalizácia následkom nehody).
- ☐ V prípade trvalej invalidity – originál alebo notársky overená kópia rozhodnutia príslušnej pobočky Sociálnej poisťovne o invalidite rozsahu aspoň 70 %.
- ☐ Kópia policajnej správy o ukončení vyšetrovania, pokiaľ boli okolnosti úrazu vyšetrované políciou.
- ☐ Kópia zápisnice zamestnávateľa/ inšpektorátu práce v prípade pracovného úrazu.

\* Poisťovateľ a spoločnosť 4Life Direct si vyhradzuje právo prešetriť nahlasovanú škodovú udalosť a zúžiť alebo rozšíriť rozsah potrebných dokumentov.

**UPOZORNENIE: Bez doloženia požadovanej dokumentácie nebude škodová udalosť prešetrená.**

### 1. OSOBNÉ ÚDAJE POISTENEJ OSOBY

Číslo poistnej zmluvy: \_\_\_\_\_

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

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

Telefón: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

#### ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_

Obec: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

#### KOREŠPONDENČNÁ ADRESA (POKIAL JE INÁ, AKO ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA)

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_

Obec: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

### 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: \_\_\_\_\_

Telefón: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_

Obec: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

## KOREŠPONDENČNÁ ADRESA (POKIAL JE INÁ, AKO ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA)

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_

Obec: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

### 3. INFORMÁCIE O NEHODE/HOSPITALIZÁCII POISTENEJ OSOBY

Výplata poistného plnenia sa týka: ☐ úraz ☐ hospitalizácia ☐ trvalá invalidita

Dátum nehody: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Miesto nehody: \_\_\_\_\_

Dátum hospitalizácie od: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ do \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Názov a adresa nemocnice: \_\_\_\_\_

Poradové číslo hospitalizácie v súvislosti s nehodou: \_\_\_\_\_

Dátum vystavenia posudku o trvalej invalidite: \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Podrobný popis vzniku nehody a okolností: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

Aké poranenia nehoda spôsobila? \_\_\_\_\_

---

---

---

Boli poranené časti tela postihnuté už pred touto nehodou (ak áno, popíšte ako)? \_\_\_\_\_

---

Nastala nehoda pri športe alebo inej pohybovej aktivite (ak áno, napíšte akej)? \_\_\_\_\_

---

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

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

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_

Obec: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Telefón: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

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

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

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

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_

Obec: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

## 6. SPÔSOB VYPLATENIA POISTNÉHO PLNENIA

S cieľom urýchlenia vyplatenia poistného plnenia odporúčame zvoliť „Prevod na bankový účet“ ako spôsob vyplatenia poistného plnenia. Prosím, aby mi spoločnosť 4Life Direct zaslala poistné plnenie nasledovným spôsobom (vyberte si, prosím, jeden zo spôsobov vyplatenia).

### PREVOD NA BANKOVÝ ÚČET:

Meno majiteľa účtu: \_\_\_\_\_

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

IBAN: \_\_\_\_\_

### POŠTOVÝM POUKAZOM NA ADRESU:

Meno osoby oprávnenej na vyplatenie prostredníctvom poštového poukazu \_\_\_\_\_

Ulica a číslo domu: \_\_\_\_\_ PSČ: \_\_\_\_\_

Obec: \_\_\_\_\_

## 7. PREHLÁSENIE POISTENEJ OSOBY

Prehlasujem, že všetky moje odpovede na písomne položené dotazy poisťovateľa uvedené v tomto formulári sú pravdivé a úplné a som si vedomý/á dôsledkov nepravdivých odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť.

Vaše osobné údaje sú spracovávané poisťovateľom a spoločnosťou 4Life Direct v súlade s nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EU) 2016/679 zo dňa 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb v súvislosti so spracovaním osobných údajov a o voľnom pohybe týchto údajov (ďalej len „GDPR“) a ďalšími platnými právnymi predpismi Slovenskej republiky. Vaše osobné údaje v rozsahu meno a priezvisko, trvalý pobyt, korešpondenčná adresa, rodné číslo, pokiaľ je pridelené, dátum narodenia, miesto a okres narodenia, štátna príslušnosť, druh a číslo dokladu totožnosti, kontaktné telefónne číslo, faxové číslo a e-mailová adresa sú spracovávané pre účely likvidácie škodovej udalosti, čo je nevyhnutné pre splnenie poistnej zmluvy a pre dodržanie zákonných povinností poisťovateľa a spoločnosti 4Life Direct podľa príslušných zákonov o poisťovníctve a distribúcii poistenia. Vaše osobné údaje sú spracovávané po dobu likvidácie škodovej udalosti a následne uchované po dobu stanovenú príslušnými právnymi predpismi.

Osobné údaje poistených osôb v rozsahu: meno a priezvisko, trvalý pobyt, korešpondenčná adresa, kontaktné telefónne číslo, e-mailovej adresy, sú spracované pre účely priameho marketingu (vrátane kontaktu poštou, komunikačných systémov, e-mailom, SMS) ako oprávnený záujem poisťovateľa a 4Life Direct. Ďalšie informácie o spracovaní Vašich osobných údajov, vrátane práva na výmaz, nájdete na internetovej stránke [www.4lifedirect.sk](http://www.4lifedirect.sk).

Potvrdzujem, že nie som politicky exponovanou osobou v zmysle § 6 zákona č. 297/2008 Z.z. O niektorých opatreniach proti legalizácii výnosov z trestnej činnosti o financovaní terorizmu.

|                               |                                                                                                                                            |                                                              |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| <div></div> <div>Miesto</div> | <div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div><div></div></div> <div>Dátum</div> | <div></div> <div>Úradne overený podpis poistenej osoby</div> |
|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|

TU PODPÍŠTE