

HLÁSENIE POISTNEJ 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, formulár TLAČENÝM PÍSMOM.
2. Odpovedzte, prosím, 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.
Dunajská 8
811 08 Bratislava 1

Poisťovateľ a spoločnosť 4Life Direct nepreplácajú náklady spojené so zaobstarávaním požadovanej dokumentácie potrebnej na účely likvidácie poistnej udalosti.

ZOZNAM POTREBNÝCH DOKUMENTOV

- ☐ Kompletne vyplnené tlačivo „Hlásenie poistnej udalosti – invalidita spôsobená nehodou“ s úradne overeným podpisom totožnosti poistenej osoby.
- ☐ Vyplnené tlačivo – Vyhlásenie lekára.
- ☐ Kópia lekárskej dokumentácie z prvého ošetrenia úrazu.
- ☐ Kópie ďalších lekárskeho dokumentov súvisiacich s úrazom (následnou hospitalizáciou).
- ☐ Kópia prepúšťacej správy z nemocnice (v prípade, ak nastala hospitalizácia v dôsledku nehody).
- ☐ V prípade trvalej invalidity – rozhodnutie príslušnej pobočky Sociálnej poisťovne o invalidite aspoň rozsahu aspoň 70 %.
- ☐ Kópia protokolu o nehode z polície, pokiaľ bola vyhotovená.
- ☐ Kópia zápisnice o nehode od zamestnávateľa, resp. Inšpektorátu práce, pokiaľ bola vyhotovená.

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

1. OSOBNÉ ÚDAJE POISTENEJ OSOBY

Číslo poistnej zmluvy: _____

Meno a priezvisko: _____

Dátum narodenia: ____-____-____ Rodné číslo: _____

Telefón: _____ Email: _____

ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA

Ulica: _____ Číslo domu: _____

Obec: _____ PSČ: _____

KOREŠPONDENČNÁ ADRESA (POKIAĽ JE INÁ, AKO ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA)

Ulica: _____ 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: _____ Číslo OP: _____

Telefón: _____ Email: _____

ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA

Ulica: _____ Číslo domu: _____

Obec: _____ PSČ: _____

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

Ulica: _____ 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: _____ Číslo: _____

Obec: _____ PSČ: _____

Telefón: _____ Email: _____

6. ÚDAJE O POLÍCII/PROKURATÚRE, KTORÁ VEDIE VYŠETROVANIE

Názov vyšetrovacieho orgánu: _____

Číslo vyšetrovacieho spisu: _____

Ulica: _____ Číslo domu: _____

Obec: _____ PSČ: _____

7. SPÔSOB VYPŁATENIA 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: _____

Ulica a číslo domu: _____ PSČ: _____

Obec: _____

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: _____

8. PREHLÁSENIE POISTENEJ OSOBY

Týmto dávam súhlas so spracovaním osobných údajov poisťovateľom a spoločnosťou 4Life Direct Insurance Services s. r. o. (ďalej len 4Life Direct) podľa nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracovaní osobných údajov a o voľnom pohybe týchto údajov a o zrušení smernice 95/46 / ES a iných platných právnych predpisov Slovenskej republiky, najmä zákona č. 18/2018 Zb., o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov. Osobné údaje poistenej osoby vrátane mena a priezviska, adresy trvalého pobytu, korešpondenčnej adresy, dátumu narodenia, rodného čísla, miesta a okresu narodenia, štátnej príslušnosti, druhu a čísla dokladu totožnosti, kontaktného telefónneho čísla a adresy elektronickej pošty (e-mail) sa spracúvajú na dodržiavanie zákonných povinností poisťovateľa a spoločnosti 4Life Direct podľa príslušných zákonov o poistení a finančnom sprostredkovaní.

Osobné údaje poistenej osoby v rozsahu: meno a priezvisko, adresa trvalého pobytu, korešpondenčná adresa, kontaktné telefónne číslo a adresa elektronickej pošty (e-mail) budú spracované pre účely priameho marketingu (vrátane kontaktovania prostredníctvom priamej pošty, automatizovaného volania a komunikačných systémov: e-mail, SMS) ako oprávnený záujem poisťovateľa a spoločnosti 4Life Direct Vaše práva podliehajú GDPR a sú ďalej popísané na www.4lifedirect.sk a v informačnom dokumente priloženom k žiadosti o uzatvorenie poistenia.

Prehlasujem a potvrdzujem svojím podpisom, že vyššie uvedené informácie zodpovedajú skutočnosti a sú kompletné.

Miesto	Dátum	Úradne overený podpis poistenej osoby
-------------------------------	------------------------------	--

TU PODPÍŠTE