



Pobočka, dátum prijatia

Ústredie, dátum prijatia

Vyhradené pre  
elektronický archív

Číslo poistnej zmluvy

Číslo poistnej zmluvy

**Oznámenie poistnej udalosti úmrtia alebo choroby**

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

**I. časť: Identifikácia****Identifikačné údaje poisteného**

Meno a priezvisko, titul

Pohlavie

Rodné číslo

 žena  muž

Trvalý pobyt (ulica, číslo popisné, obec, PSČ)

Druh a číslo dokladu totožnosti

Miesto narodenia

Štát narodenia

Štátna príslušnosť

Kontaktný telefón

E-mail\*

\*uvedením e-mailovej adresy urýchlite spracovanie poistnej udalosti.

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 oprávnenej osoby****Vyplňte len v prípade úmrtia**

Meno a priezvisko, titul / Obchodné meno

Pohlavie

Rodné číslo

 žena  muž

Trvalý pobyt (ulica, číslo popisné, obec, PSČ)

Druh a číslo dokladu totožnosti

Miesto narodenia

Štát narodenia

Štátna príslušnosť

Kontaktný telefón

E-mail\*

\*uvedením e-mailovej adresy urýchlite spracovanie poistnej udalosti.

Oprávnená osoba, 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 (vyplňte v prípade, ak ide o oprávnenú osobu)

**Identifikačné údaje zástupcu** zákonný zástupca  splnomocnený zástupca  osoba nahlasujúca nesebestačnosť ďalej len „zástupca“

Meno a priezvisko, titul

Pohlavie

Rodné číslo

 žena  muž

Trvalý pobyt (ulica, číslo popisné, obec, PSČ)

Štátna príslušnosť

Druh a číslo dokladu totožnosti

Kontaktný telefón

E-mail (uvedením e-mailovej adresy urýchlite spracovanie poistnej 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 poistnej udalosti

### Oznámenie poistnej udalosti

#### Poistná udalosť

Úmrtie

#### Súčasne s týmto formulárom, prosím, doložte aj tieto dokumenty

1. Overenú kópiu úmrtného listu\*
2. Overenú kópiu listu o prehliadke mŕtveho alebo výpis úmrtnej diagnózy z matriky, ktorá vystavila úmrtný list.

Dátum úmrtia

Príčina úmrtia / diagnóza číslo

Popis okolností, za ktorých došlo k úmrtiu

Ďalšie požadované dokumenty podľa konkrétnej diagnózy, tak ako je uvedené v prílohe k osobitným poistným podmienkam pre toto pripoistenie

Kritické choroby

1. Celkový výpis zo zdravotnej dokumentácie od praktického lekára
2. Ďalšie požadované dokumenty podľa konkrétnej diagnózy, tak ako je uvedené v prílohe k osobitným poistným podmienkam pre toto pripoistenie.

Diagnóza

Nesebestačnosť

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

Invalidita / Oslobodenie od platenia poistného

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

Odkázanosť dieťaťa na pomoc iných osôb

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.

Ochorenie dieťaťa na vybrané choroby

1. Overenú kópiu lekárskej správy o priebehu a spôsobe liečenia od ošetrojúceho odborného lekára.
2. V prípade hospitalizácie doložiť overenú kópiu prepúšťacej správy
3. V prípade vybraných diagnóz vymenovaných v poistných podmienkach aj kópiu očkovacieho preukazu

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

#### Zdravotnícke zariadenie

Meno praktického lekára, adresa zdravotníckeho zariadenia, telefón

Mená odborných lekárov a názvy zdravotníckych zariadení, v ktorých bol poistený v súvislosti s poistnou udalosťou liečený alebo zomrel

Ak máte k dispozícii podklady vzťahujúce sa k poistnej udalosti, priložte ich alebo ich overené kópie.

## Polícia, Inšpektorát práce

Bola poistná udalosť vyšetovaná orgánom činnom v trestnom konaní, Inšpektorátom práce apod.?  ÁNO  NIE

– ak áno, doložte kópiu zápisnice, príp. právoplatné rozhodnutie súdu, záznam o chorobe z povolenia apod.

Názov a adresa vyšetrujúceho orgánu, číslo a značka konania

## Spôsob výplaty

Poistné plnenie prosím poukázať na

IBAN

Variabilný symbol

alebo

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

## Vyhlásenie

Poistený / oprávnená osoba týmto vyhlasuje, že je daňovým rezidentom Slovenskej republiky. Ak NIE, uveďte DIČ: \_\_\_\_\_

a štát daňovej rezidencie \_\_\_\_\_.

Poistený / oprávnená osoba týmto vyhlasuje, že nie je držiteľom zelenej karty. Ak áno, označte krížikom.  Áno

Poistený / oprávnená osoba týmto vyhlasuje, že jej zástupca, investičný poradca alebo splnomocnenec nie je americká osoba. Ak áno, označte krížikom a doložte formulár W8 alebo W9.  Áno

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 je 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 poisťovateľ požaduje úradné osvedčenie pravosti podpisu (matrika, obecný úrad, notár), ak je výška poistného plnenia 10 000 EUR alebo viac.

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 poisťovateľa plniť. Zaväzujem sa poisťovateľovi poskytnúť ďalšie potrebné podklady k došetreniu poistnej udalosti vrátane preskúmania zdravotného stavu.

Poistený/oprávnená osoba/zástupca sú si vedomí, že poisťovateľ 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.:

Poisťovateľ 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.

**Účel spracúvania osobných údajov:** výkon poisťovacej činnosti zo strany poisťovateľa 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 uzavretí 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 poisťovateľa; (vi) dokumentovanie činnosti poisťovateľa; (vii) plnenie povinností a úloh poisťovateľa 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 poisťovateľa 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 poisťovateľom vyplýva z právnych predpisov, (ii) osoby, ktoré pre poisťovateľa alebo v mene poisťovateľa 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 uzavretie 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 poisťovateľa, 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 uchovávania 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/oprávnenej osoby / zástupcu

V

dňa

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.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.

### Zákon č. 359/2015 Z. z. o automatickej výmene informácií o finančných účtoch na účely správy daní

Poisťovateľ vo veci posúdenia daňovej príslušnosti klienta a možných dopadov zákona o automatickej výmene informácií o finančných účtoch na účely správy daní na zdanenie odporúča konzultovať daňového poradcu.