

Obchodné meno, sídlo, právna forma a registrácia Poistovne:

AEGON Životná poisťovňa, a.s., Slávičie údolie 106, 811 02 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 35 979 356, DIČ: 2022134345,
Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, Oddiel: Sa, Vložka číslo: 3810/B, (ďalej len „Poisťovňa“), www.aegon.sk
Kontaktné údaje: aegon@aegon.sk, 0850 123 466

Odpovedzte, prosím, na všetky otázky v tomto dokumente. Vyplnený dokument spolu so všetkými lekárskymi správami a ostatnými dokumentami týkajúcimi sa poistnej udalosti doručte čo najskôr do Poistovne na vyššie uvedenú adresu. Úplné a včasné doručenie dokladov urýchli vybavenie Vašej žiadosti.

OSOBNÉ ÚDAJE POISTENÉHO

Meno a priezvisko		Rodné číslo	
Adresa trvalého bydliska Ulica, číslo, P. O. BOX		PSČ	Mesto
Štát	Telefónne číslo +	Email	
Korešpondenčná adresa (ulica, číslo, P.O.BOX, mesto, štát)			

Telefónne číslo a email, ktoré ste uviedli, budú aktualizované a nahradia Vaše predchádzajúce kontaktné údaje.

Číslo všetkých poistných zmlúv uzavretých s Poisťovňou (uveďte čísla poistných zmlúv, resp. číslo peňažného poukazu)

Dátum vzniku poistnej udalosti:	V prípade nároku na poistné plnenie žiadam vyplatiť finančné prostriedky na účet:		
	IBAN	SWIFT/BIC	
Ak nebude uvedený bankový účet, prípadné poistné plnenie bude zaslané poštovým peňažným poukazom na korešpondenčnú adresu alebo adresu trvalého bydliska.			

Posledné zamestnanie:

a) obchodné meno / názov a sídlo / miesto podnikania zamestnávateľa:

b) pracovné zaradenie: Dátum nástupu do zamestnania:

Uveďte meno a presnú adresu (prípadne telefón) posledného ošetrojúceho lekára, u ktorého máte vedenú zdravotnú dokumentáciu:

Meno a priezvisko	Adresa	Tel. číslo
Všeobecný ošetrojúci lekár:		
Ženský lekár:		

POISTNÁ UDALOSŤ vznikla z dôvodu

<input type="checkbox"/> CHOROBY Poistenia, z ktorých si chcete uplatniť poistné plnenie <input type="checkbox"/> Oslobodenie od platenia poistného <input type="checkbox"/> Invalidita s jednorazovou výplatom <input type="checkbox"/> Operácia <input type="checkbox"/> Závažné choroby <input type="checkbox"/> Praceneschopnosť <input type="checkbox"/> Hospitalizácia <input type="checkbox"/> Iné:	<input type="checkbox"/> ÚRAZU Poistenia, z ktorých si chcete uplatniť poistné plnenie <input type="checkbox"/> Oslobodenie od platenia poistného <input type="checkbox"/> Invalidita s jednorazovou výplatom <input type="checkbox"/> Trvalé následky úrazu <input type="checkbox"/> Denná dávka za liečbu úrazu <input type="checkbox"/> Praceneschopnosť <input type="checkbox"/> Hospitalizácia <input type="checkbox"/> Iné:	Popíšte okolnosti vzniku úrazu:
---	--	---------------------------------

Došlo k úrazu pri športe alebo záujmovej činnosti?
 nie áno Uveďte bližšie informácie (registráciu v športovom klube, účasť na súťaži, a pod.):

Bola udalosť, ktorá je dôvodom hlásenia poistnej udalosti, vyšetrovaná políciou?
 nie áno Kontaktná adresa policajného oddelenia, prípadne telefón a meno vyšetrovateľa:

Vyplňte, prosím, len pre prípad poistného plnenia z poistenia práceneschopnosti alebo dennej dávky za liečbu úrazu: priemerný mesačný príjem za posledné 3 mesiace:

Poistený je: zamestnanec SZČO (musí byť nemocensky poistená osoba, inak nevzniká nárok na poistné plnenie v prípade poistnej udalosti z dôvodu práceneschopnosti)

Okrem tohto vyplneného a podpísaného tlačiva, prosím, predložte aj nasledujúce dokumenty:

- | | |
|---|---|
| <p>Úraz</p> <ul style="list-style-type: none"> lekárske správy z celého priebehu liečby úrazu; policajná správa alebo iný relevantný dokument preukazujúci závery zo šetrenia úrazu (inšpektorát práce pri pracovných úrazoch, úmrtí alebo ťažkých ublíženiach na zdraví); <p>Závažná choroba
nasledovné lekárske správy:</p> <ul style="list-style-type: none"> lekársku správu o diagnostikovaní ochorenia podľa Osobitných poistných podmienok k príslušnému pripoisteniu; histologický nález (TNM klasifikáciu) prepúšťaciu správu z prípadnej hospitalizácie alebo operácie; v prípade poistnej udalosti z dôvodu závažnej choroby, musí byť podpís na tomto hlásení úradne overený. <p>Hospitalizácia</p> <ul style="list-style-type: none"> prepúšťaciu správu z hospitalizácie. | <p>Praceneschopnosť
potvrdenie o dočasnej pracovnej neschopnosti, kde bude zrejme:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) prvý deň Pracovnej neschopnosti b) deň ukončenia Pracovnej neschopnosti, c) dôvod Pracovnej neschopnosti (určenie diagnózy), <ul style="list-style-type: none"> lekárske správy z celého priebehu liečby úrazu alebo choroby Potvrdenie Sociálnej poisťovne o poberaní nemocenskej dávky počas práceneschopnosti. <p>Operácia v dôsledku choroby</p> <ul style="list-style-type: none"> prepúšťaciu správu z hospitalizácie, počas ktorej bola operácia vykonaná; histologický nález. <p>Invalidita</p> <ul style="list-style-type: none"> rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku, vystavené Sociálnou poisťovňou; odborný posudok o invalidite vydaný Sociálnou poisťovňou (lekárska správa posudkového lekára Sociálnej poisťovne); lekárske správy o zdravotnom stave, pre ktorý bol priznaný invalidný dôchodok; |
|---|---|

VYHLÁSENIE A POTVRDENIE POISTENÉHO, KTORÝ SI UPLATŇUJE NÁROK NA POISTNÉ PLNENIE (ďalej len Poistený)

Ja dolu podpísaný/á uplatňujem si nárok na poistné plnenie, resp. oslobodenie od platenia poistného a vyhlasujem, že na všetky otázky v tomto Hlásení poistnej udalosti som odpovedal/a **úplne a pravdivo**. Zároveň som si vedomý/á, že toto uplatnenie nároku nezakladá automaticky právo na výplatu plnenia z poistnej zmluvy, resp. na oslobodenie od platenia poistného. Svojim podpisom vyhlasujem, že som sa oboznámil a súhlasím s Vyhláseniami a súhlasmi Poisteného, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou tohto Hlásenia poistnej udalosti.

Poistený podpisom tohto dokumentu bezpodmienečne a bezvýhradne (a) pristupuje k peňažným záväzkom vyplývajúcim z poistnej zmluvy vo forme akýchkoľvek dlžných peňažných čiastok z poistenia podľa poistných zmlúv, z ktorých vznikne nárok na poistné plnenie a (b) súhlasí, aby Poistovňa ku dňu splatnosti poistného plnenia započítala takéto dlžné peňažné čiastky na poistné plnenie až do výšky poistného plnenia.

Vzťah zákonného zástupcu k maloletému Poistenému

Meno a priezvisko zákonného zástupcu

Adresa trvalého bydliska zákonného zástupcu
(ulica, číslo, P.O.BOX, mesto, štát)

Korešpondenčná adresa zákonného zástupcu
(ulica, číslo, P.O.BOX, mesto, štát)

V

Dňa

Podpis Poisteného, resp. zákonného zástupcu

Totožnosť overená podľa (typ, číslo dokladu)

Štát vydania dokladu totožnosti

Poistovňou splnomocnená osoba (finančný agent):

Podpis

Meno a priezvisko/Obchodné meno

SP číslo finančného agent

Email

Mobilné telefónne číslo

VYHLÁSENIA A SÚHLASY POISTENÉHO, KTORÝ SI UPLATŇUJE NÁROK NA POISTNÉ PLNENIE

A. Vyhlásenia v súvislosti s ochranou osobných údajov

Ja horepodpísaný/á beriem na vedomie, že Poistovňa je ako prevádzkovateľ v zmysle zák. č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov v účinnom znení (ďalej len „**Zákon o OOÚ**“) oprávnená spracúvať osobné údaje zákonom vymedzeného okruhu dotknutých osôb, a to na základe, v rozsahu a spôsobom podľa Zákona o OOÚ v spojení s ust. § 78 zák. č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v účinnom znení (ďalej len „**Zákon o poisťovníctve**“). Účel ako aj podmienky spracúvania takto získaných a spracúvaných osobných údajov je vymedzený Zákonom o poisťovníctve.

Ja horepodpísaný/á vyhlasujem, že osobné údaje, ktoré som Poistovní poskytol/poskytla sú správne, úplné a aktuálne. Zároveň beriem na vedomie, že poskytnutie osobných údajov je podľa Zákona o poisťovníctve povinné a nevyhnutné na plnenie záväzkov Poistovne vyplývajúcich z poistnej zmluvy, ako aj na ďalšie účely podľa ust. § 78 ods. 1 Zákona o poisťovníctve a ich poskytnutie je nevyhnutné pre správu poistenia a zistenie rozsahu povinnosti Poistovne poskytnúť poistné plnenie.

Ja horepodpísaný/á beriem na vedomie, že Poistovňa je v súlade so Zákonom o OOÚ oprávnená poveriť spracúvaním osobných údajov sprostredkovateľa, pričom zoznam týchto sprostredkovateľov Poistovňa oznamuje prostredníctvom svojej internetovej stránky. Zároveň beriem na vedomie, že v prípade, ak má Poistovňa v zmysle Zákona o OOÚ akúkoľvek ďalšiu oznamovaciu povinnosť, táto povinnosť je tiež splnená, uverejnením oznamu prostredníctvom internetovej stránky Poistovne.

Podľa Zákona o OOÚ má fyzická osoba, ktorej sa osobné údaje týkajú, okrem iného právo na základe písomnej žiadosti od Poistovne vyžadovať (i) potvrdenie, či sú alebo nie sú osobné údaje o nej spracúvané; (ii) opravu alebo likvidáciu svojich nesprávnych, neúplných alebo neaktuálnych osobných údajov, ktoré sú predmetom spracúvania; (iii) likvidáciu jej osobných údajov, ak došlo k porušeniu zákona pri ich spracúvaní; (iv) ako aj ďalšie informácie alebo postup v zmysle ust. § 28 Zákona o OOÚ. Poistovňa vyhlasuje, že osobné údaje spracúva v súlade so zásadami ochrany osobných údajov, a to predovšetkým s poukazom na zásadu primeranosti, nevyhnutnosti a bezpečnosti spracúvania osobných údajov.