

Poistovňa

Hlásenie poistnej udalosti - choroba alebo úraz

Číslo poistnej zmluvy _____

Uveďte čísla všetkých poistných zmlúv, z ktorých si nárokuje poistné plnenie v PARTNERS poisťovňa, a.s.

1. Osobné údaje poistenej osoby

Meno a priezvisko _____

Rodné číslo _____

Adresa trvalého bydliska _____

E-mailová adresa _____

Telefónne číslo _____

V prípade nároku na poistné plnenie žiadam vyplatiť finančné prostriedky na bankový účet (IBAN) _____

2. Poistná udalosť

Typ poistnej udalosti

Dátum vzniku poistnej udalosti _____

- Trvalé následky úrazu s progresiou
- Pracovná neschopnosť
- Závažné choroby
- Invalidita

Poistná udalosť z dôvodu

- choroba
- úraz

popis vzniku úrazu _____

3. Súhlasy a vyhlásenia poistenej osoby/zákonného zástupcu poistenej osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie

Podpisom tohto dokumentu súhlasím s poistnou zmluvou uzatvorenou v môj prospech medzi PARTNERS poisťovňa, a.s. (ďalej len ako „poisťovateľ“) a poistníkom v súlade s § 794 v spojení s § 50 zákona č. 40/1964 Zb. Občiansky zákonník v znení neskorších predpisov, čím nadobúdam status poistenej osoby (osoby, ktorá má právo na poistné plnenie) odlišnej od poistníka.

Súhlasím s tým, aby mi poisťovateľ zasielal najmä, avšak nielen, akúkoľvek dokumentáciu týkajúcu sa upisovania a šetrenia poisťnej udalosti (ďalej len ako „dokumentácia“) v elektronickej forme prostredníctvom nástrojov elektronickej komunikácie (e-mail, SMS správy) s účinkami riadneho doručenia.

Súhlasím a beriem na vedomie, že:

- a) poisťovateľ nezodpovedá za chybné zadanie jednotlivých údajov z mojej strany;
- b) udelený súhlas s elektronicou komunikáciou môžem kedykoľvek odvolať, a to:
 - elektronicky prostredníctvom klientskej zóny,
 - e-mailom na e-mailovú adresu poisťovateľa info@partnerspoistovna.sk,
 - písomne na adresu sídla poisťovateľa (Einsteinova 24, 851 01 Bratislava – mestská časť Petržalka).

Vyhlasujem, že všetky mnou vyplnené údaje v tomto hlásení poisťnej udalosti sú úplné a pravdivé a som si vedomá/ý dôsledkov neúplných alebo nepravdivých odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť. Zároveň som si vedomá/ý, že uplatnenie nároku na poisťné plnenie nezakladá automaticky právo na výplatu poisťného plnenia z poisťnej zmluvy.

Podpisom tohto dokumentu vyhlasujem, že som majiteľom účtu, na ktorý žiadam vyplatiť poisťné plnenie. Ak je majiteľom účtu iná osoba, zaväzujem sa poisťovateľovi bezodkladne oznámiť údaje o osobe, ktorá je majiteľom účtu v rozsahu: meno, priezvisko, rodné číslo alebo dátum narodenia, ak rodné číslo nebolo pridelené, adresa trvalého pobytu alebo iného pobytu, štátna príslušnosť, druh a číslo dokladu totožnosti, ak je majiteľom účtu fyzická osoba; alebo obchodné meno, adresa sídla, identifikačné číslo, označenia úradného registra alebo inej úradnej evidencie, v ktorej je osoba zapísaná, číslo zápisu do tohto registra alebo evidencie a identifikácia fyzickej osoby, ktorá je oprávnená konať v mene danej osoby, ak je majiteľom účtu právnická osoba.

4. Ochrana osobných údajov

Všetky informácie o spracúvaní osobných údajov sú uvedené na webovom sídle www.partnerspoistovna.sk v sekcii „Ochrana osobných údajov“.

5. Identifikácia osoby nahlasujúcej poisťnú udalosť

Podpis

Poistená osoba

Totožnosť overená podľa (typ, číslo a platnosť dokladu)

Zákonný zástupca
poistennej osoby

Totožnosť overená podľa (typ, číslo a platnosť dokladu)

Poistovňa

6. Identifikačné a kontaktné údaje finančného agenta

Finančný agent v sektore poistenia a zaistenia týmto vyhlasuje a potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu oprávnenej osoby/zákonného zástupcu oprávnenej osoby na základe ich dokladov totožnosti (OP, pas, povolenie na pobyt). Informácie o finančnom agentovi v sektore poistenia a zaistenia v zmysle platného zákona č. 186/2009 Z.z. o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve a o zmene a doplnení niektorých zákonov sú uvedené nižšie.

Obchodné meno _____

E-mail _____ Číslo finančného agenta _____

Telefón +421 _____ Registračné číslo v NBS _____

Miesto podnikania _____

Podpis finančného agenta _____

Spôsob overenia finančného agenta v príslušnom podregistri: www.regfap.nbs.skPravidlá overenia sú uvedené na www.partnerspoistovna.sk v sekcii Dokumenty / Pravidlá na výplatu finančných prostriedkov / Výplata poistného plnenia oprávnenej osobe/zákonnému zástupcovi.

V _____ Dňa _____

7. Povinné dokumenty k hláseniu poistnej udalosti

Trvalé následky úrazu s progresiou do 1000%

- kópie lekárskeho správy od prvého vyšetrenia úrazu až po ukončenie liečby, zo všetkých vyšetrení vrátane nálezov, výsledkov, kontrol, prípadných hospitalizácií, vykonaných operácií, absolvovaných rehabilitácií
- kópia potvrdenia zhodnotenia aktuálneho rozsahu trvalých následkov úrazu posúdeného a vystaveného kvalifikovaným lekárom
- kópia policajnej správy, ak poistná udalosť bola vyšetovaná policajným útvarom
- kópia záznamu o pracovnom úraze, ak dôvodom poistnej udalosti bol pracovný úraz

Pracovná neschopnosť

- kópia potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti s uvedením dátumu začiatku, kódu diagnózy v súlade s medzinárodnou klasifikáciou chorôb (MKCH), pečiatky a podpisu kvalifikovaného lekára
- kópia oznámenia Sociálnej poisťovne o priznaní nároku na poberanie nemocenských dávok, resp. iný relevantný doklad preukazujúci poberanie náhrady príjmu počas pracovnej neschopnosti na území mimo Slovenskej republiky
- kópia zdravotnej dokumentácie z vyšetrení a kontrol, od začiatku pracovnej neschopnosti až po jej ukončenie
- kópia potvrdenia o dočasnej pracovnej neschopnosti s dátumom jej ukončenia, pečiatkou a podpisom kvalifikovaného lekára
- kópia policajnej správy, ak poistná udalosť bola vyšetovaná policajným útvarom
- kópia záznamu o pracovnom úraze, ak dôvodom poistnej udalosti bol pracovný úraz

Závažné choroby

- kópie požadovaných dokumentov uvedených v definícii príslušnej závažnej choroby v osobitných poistných podmienkach
- kópia lekárskej správy preukazujúcej stanovene definitívnej diagnózy kvalifikovaným lekárom
- kópia prepúšťacej správy z hospitalizácie
- kópia výsledku definitívnej histológie s klasifikáciou nádoru v prípade rakoviny
- kópia policajnej správy, ak poistná udalosť bola vyšetovaná policajným útvarom
- kópia záznamu o pracovnom úraze, ak dôvodom poistnej udalosti bol pracovný úraz

Invalidita

- kópia rozhodnutia Sociálnej poisťovne o uznaní invalidity,
- kópia odborného posudku vydaného posudkovým lekárom Sociálnej poisťovne
- zdravotná dokumentácia, t.j. kópie lekárskeho správ zo všetkých absolvovaných vyšetrení súvisiacich s chorobou alebo úrazom, ktorá je dôvodom invalidity

Máme právo požadovať aj ďalšie potrebné doklady a vyšetrenia za účelom šetrenia poistnej udalosti.