



Čestné vyhlásenie

k dočasnej pracovnej neschopnosti (COVID-19)

Číslo poisťnej zmluvy _____

Poistený

Meno, priezvisko, titul _____

Rodné číslo _____

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

Doklad totožnosti (typ a číslo) _____

Štát vydania _____

E-mail _____

Telefón + _____

Týmto čestne vyhlasujem, že:

som bol uznaný za dočasne pracovne neschopného so začiatkom dočasnej pracovnej neschopnosti odo dňa _____

Za dočasne pracovne neschopného som bol uznaný v dôsledku:

- ochorenia COVID-19
- podozrenia na ochorenie COVID-19
- úzkeho kontaktu s pozitívnou osobou na COVID-19
- iné _____

Dočasná pracovná neschopnosť:

- bola ukončená dňa _____
- naďalej trvá k dátumu podpisu tohto čestného vyhlásenia z dôvodu _____

Vyhlasujem a súhlasím, že NN Životná poisťovňa, a.s., Jesenského 4/C, 811 02 Bratislava, IČO: 35 691 999, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Sa, vložka č.: 1095/B (ďalej len „Poisťovateľ“) má v zmysle príslušných poisťných podmienok vzťahujúcich sa na poistenie podľa poisťnej zmluvy uvedenej v tomto čestnom vyhlásení, právo ma vyzvať na absolvovanie protilátkového (sérologického) testu, PCR testu alebo antigénového testu a zároveň ma vyzvať na predloženie výsledku tohto testu, za účelom preverenia vzniku, dĺžky trvania mojej dočasnej pracovnej neschopnosti a nároku na poistné plnenie za predmetnú dočasnú pracovnú neschopnosť. Som si vedomý, že v prípade, ak odmietnem absolvovať protilátkový/antigénový/PCR test, Poisťovateľ má právo primerane znížiť poistné plnenie z dočasnej pracovnej neschopnosti alebo zamietnuť poistné plnenie z dôvodu, že poistná udalosť, dočasná pracovná neschopnosť, nenastala.

V prípade, ak mi bolo poistné plnenie vyplatené na základe nepravdivých, neúplných informácií alebo ktoré sa neskôr ukázali ako nepodložené, som si vedomý, že som povinný nadobudnuté finančné prostriedky vrátiť Poisťovateľovi. Som si zároveň vedomý právnych dôsledkov, ktoré by vyplynuli z toho, ak by sa preukázalo, že údaje uvedené v tomto čestnom vyhlásení sú nepravdivé, neúplné alebo nepodložené.

Beriem na vedomie, že Poisťovateľ spracúva moje osobné údaje v súlade s ustanoveniami § 78 zákona č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve v platnom znení v spojení s § 78 ods. 5 zákona č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov v platnom znení a osobitnými predpismi a v súlade s poisťnou zmluvou za účelom výkonu poisťovacej činnosti zo strany Poisťovateľa na účely súvisiace s poisťovacou činnosťou, ako sú najmä: (i) uzavieranie a správa poisťných zmlúv; (ii) likvidácia poisťných udalostí; (iii) plnenie povinností a úloh podľa osobitných predpisov a i. Ďalšie informácie o spracovaní osobných údajov sú zverejnené na webovej stránke www.nn.sk a sú uvedené v poisťnej zmluve.

Identifikácia

V _____ Dňa _____
Podpis Poisteného

Finančný agent

Finančný agent v sektore poistenia a zaistenia týmto vyhlasuje a potvrdzuje, že identifikoval a overil identifikáciu Poisteného alebo zákonného zástupcu poisteného dieťaťa na základe ich dokladov totožnosti (OP, pas, povolenie na pobyt). Informácie o finančnom agentovi v sektore poistenia a zaistenia v zmysle platného zákona o finančnom sprostredkovaní a finančnom poradenstve.

Obchodné meno, právna forma	_____	Číslo finančného agenta	_____
E-mail a telefón finančného agenta	_____	Registr. číslo v NBS	_____
Miesto podnikania / Sídlo	_____	Podpis finanč- ného agenta	_____

Spôsob overenia finančného agenta v príslušnom podregistri: www.regfap.nbs.sk