

OZNÁMENIE O ÚMRTÍ POISTENÉHO

Oznámenie vyplňuje oprávnená osoba na poistné plnenie pri úmrtí poisteného, ktorú poistník určil v poistnej zmluve, v zmysle § 817 Obč. zákonníka (ak poistník v zmluve oprávnenú osobu neurčil). Ak je oprávnených osôb na plnenie za úmrtie viac, vyplňajú sa aj nasledujúce strany. Za maloletú oprávnenú osobu vyplňuje tlačivo jej zákonný zástupca. K tlačivu poistovne prosím priložte kópiu listu o prehliadke mŕtveho, úmrtný list, príp. kópie lekárskeho správ, ktoré s úmrtím poisteného súvisia. V prípade, že okolnosti úmrtia vyšetrovala polícia predložte kópiu správy z jej vyšetovania.

Poistovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaošetrovaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídlaceho mimo Slovenskej republiky. Ak k poistnej udalosti dôjde mimo Slovenskej republiky, je oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia povinná predložiť poistovni úradne overený preklad alebo lekárskeho správ potrebné na stanovenie poistného plnenia, potvrdené odborným lekárom na území Slovenskej republiky. Náklady spojené s predložením požadovaných podkladov znáša oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

Požadované doklady zašlite na adresu: KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, IČO 00 585 441, alebo online na www.kooperativa.sk.

POISŤOVŇA	
KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1	
IČO: 00 585 441	Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.
DIČ: 2020527300	Registrácia: Obchodný register Okresného súdu BA I,
IČ DPH: SK7020000746	odd: Sa, vložka 79/B

ÚDAJE O POISTENOM	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky)	
Priezvisko	Meno
Rodné číslo	
Adresa bydliska	PSC
Dátum úmrtia poisteného	Príčina úmrtia úraz choroba
Adresa lekára, zdrav. zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného	
Meno a adresa notára, ktorý sa zaoberá pozostalosťou po poistenom	

SPRÁVA OŠETRUJÚCEHO LEKÁRA PRI ÚMRTÍ NÁSLEDKOM CHOROBY (vyplňuje ošetrojúci, praktický lekár)	
Diagnóza ochorenia, ktoré viedlo k úmrtiu	
Dátum prvého diagnostikovania ochorenia, ktoré viedlo k úmrtiu	
Iné ochorenia, odchýlky od zdravia, ktoré majú súvis s úmrtím poisteného (do zátvorky uveďte presný dátum - mesiac aj rok ich prvého diagnostikovania)	
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde sa poistený liečil pre ochorenie, ktoré viedlo k úmrtiu	Telefonický kontakt
V	Dňa
Pečiatka zdrav. zariad. a podpis ošetrojúceho lekára	

Dátum úrazu	Hodina úrazu	Miesto úrazu
Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)		
Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? áno nie	Bol poistený v čase nehody vodičom? áno nie	ŠPZ
Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde sa poistený po úraze liečil		Telefonický kontakt
Vyšetrovala úraz polícia? nie áno - ak áno je potrebné doložiť správu z polície		

1. OPRÁVNENÁ OSOBA NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO (vyplňuje 1. oprávnená osoba, alebo jej zákonný zástupca ak má na plnenie pri úmrtí nárok viac oprávnených osôb, vyplňte aj nasledujúce strany)

Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k poistenému	Adresa bydliska	PSČ
Telefonický kontakt	E-mail	
Ste ako oprávnená osoba politicky exponovanou osobou nie áno ¹	Ste ako oprávnená osoba sankcionovanou osobou? nie áno ¹	

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETEJ 1. OPRÁVNENEJ OSOBY NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO

Priezvisko zákonného zástupcu	Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k maloletému	Telefonický kontakt	E-mail
Ste ako zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou? nie áno ¹	Ste ako zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou? nie áno ¹	
Čestne vyhlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého a som si vedomý(á) dôsledkov, ak by som uviedol(a) vo vyhlásení nepravdivé údaje. Beriem na vedomie, že KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kooperativa.sk .		
Podpis zákonného zástupcu oprávnenej osoby		

SÚHLAS 1. OPRÁVNENEJ OSOBY, RESP. JEJ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU NA VYSPORIADANIE DLHU NA POISTNOM

Nížšie podpísaný (priezvisko, meno, titul)	Rodné číslo
Poistná zmluva č.	
Týmto pristupujem k záväzku poistníka, resp. dedičov poistníka (ak bol súčasne poisteným) z predmetnej poistnej zmluvy na úhradu dlžného poistného. Zároveň dávam súhlas, aby si spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group pohľadávku na dlžnom poistnom jednostranne započítala voči môjmu nároku na poistné plnenie z predmetnej poistnej zmluvy.	

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA

Poistné plnenie žiadam poukázať:	
na adresu	PSČ
na účet (IBAN)	Názov banky
áno Vyhlasujeme, že som majiteľom uvedeného účtu	nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám uveďte vlastníka účtu a vzťah

SÚHLAS NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

Spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Vás informuje, že osobné údaje dotknutých osôb spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň Vás informuje, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group www.kooperativa.sk.

V	Dňa	Úradne overený podpis oprávnenej osoby resp. zákonného zástupcu poisteného*	Číslo dokladu totožnosti
---	-----	---	--------------------------

* Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, na jej obchodnom mieste, pobočke alebo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaistenia (namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike).

Dátum	Čitateľne meno a priezvisko/názov osoby ² , ktorá identifikovala klienta ³	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

¹ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

² V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

³ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať. V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.

2. OPRÁVNENÁ OSOBA NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO (vyplňuje 2. oprávnená osoba alebo jej zák. zástupca)

Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k poistenému	Adresa bydliska	PSČ
Telefonický kontakt	E-mail	
Ste ako oprávnená osoba politicky exponovanou osobou? nie áno ¹	Ste ako oprávnená osoba sankcionovanou osobou? nie áno ¹	

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETEJ 2. OPRÁVNENEJ OSOBY NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO

Priezvisko zákonného zástupcu	Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k maloletemu	Telefonický kontakt	E-mail
Ste ako zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou? nie áno ¹	Ste ako zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou? nie áno ¹	
<p>Čestne vyhlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloleteho a som si vedomý(á) dôsledkov, ak by som uviedol(a) vo vyhlásení nepravdivé údaje. Beriem na vedomie, že KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kooperativa.sk.</p> <p>Dňa _____</p> <p style="text-align: right;">Podpis zákonného zástupcu oprávnenej osoby</p>		

SÚHLAS 2. OPRÁVNENEJ OSOBY, RESP. JEJ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU NA VYSPORIADANIE DLHU NA POISTNOM

Nižšie podpísaný (priezvisko, meno, titul)	Rodné číslo
Poistná zmluva č.	
Týmto pristupujem k záväzku poistníka, resp. dedičov poistníka (ak bol súčasne poisteným) z predmetnej poistnej zmluvy na úhradu dlžného poistného. Zároveň dávam súhlas, aby si spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group pohľadávku na dlžnom poistnom jednostranne započítala voči môjmu nároku na poistné plnenie z predmetnej poistnej zmluvy.	

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA

Poistné plnenie žiadam poukázať:		
na adresu		PSČ
na účet (IBAN)		Názov banky
áno Vyhlasujeme, že som majiteľom uvedeného účtu	nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám uveďte vlastníka účtu a vzťah	

SÚHLAS NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

Spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Vás informuje, že osobné údaje dotknutých osôb spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň Vás informuje, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group www.kooperativa.sk.

V	Dňa	Úradne overený podpis 2. oprávnenej osoby resp. zákonného zástupcu poisteného ²	Číslo dokladu totožnosti
---	-----	--	--------------------------

* Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, na jej obchodnom mieste, pobočke alebo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaistenia (namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike).

Dátum	Čitateľne meno a priezvisko/názov osoby ² , ktorá identifikovala klienta ³	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

¹ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

² V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

³ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať. V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.

3. OPRÁVNENÁ OSOBA NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO (vyplňuje 3. oprávnená osoba alebo jej zák. zástupca)

Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k poistenému	Adresa bydliska	PSČ
Telefonický kontakt	E-mail	
Ste ako oprávnená osoba politicky exponovanou osobou? nie áno ¹	Ste ako oprávnená osoba sankcionovanou osobou? nie áno ¹	

VYHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETEJ 3. OPRÁVNENEJ OSOBY NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO

Priezvisko zákonného zástupcu	Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k maloletému	Telefonický kontakt	E-mail
Ste ako zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou? nie áno ¹	Ste ako zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou? nie áno ¹	
Čestne vyhlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého a som si vedomý(á) dôsledkov, ak by som uviedol(a) vo vyhlásení nepravdivé údaje. Beriem na vedomie, že KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kooperativa.sk .		Podpis zákonného zástupcu oprávnenej osoby
Dňa		

SÚHLAS 3. OPRÁVNENEJ OSOBY, RESP. JEJ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU NA VYSPORIADANIE DLHU NA POISTNOM

Nižšie podpísaný (priezvisko, meno, titul)	Rodné číslo
Poistná zmluva č.	
Týmto pristupujem k záväzku poistníka, resp. dedičov poistníka (ak bol súčasne poisteným) z predmetnej poistnej zmluvy na úhradu dlžného poistného. Zároveň dávam súhlas, aby si spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group pohľadávku na dlžnom poistnom jednostranne započítala voči môjmu nároku na poistné plnenie z predmetnej poistnej zmluvy.	

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA

Poistné plnenie žiadam poukázať:	
na adresu	PSČ
na účet (IBAN)	Názov banky
áno Vyhlasujeme, že som majiteľom uvedeného účtu	nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám uveďte vlastníka účtu a vzťah

SÚHLAS NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

Spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Vás informuje, že osobné údaje dotknutých osôb spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň Vás informuje, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group www.kooperativa.sk.

V	Dňa	Úradne overený podpis 3. oprávnenej osoby resp. zákonného zástupcu poisteného*	Číslo dokladu totožnosti
---	-----	--	--------------------------

* Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, na jej obchodnom mieste, pobočke alebo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaistenia (namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike).

Dátum	Čitateľne meno a priezvisko/názov osoby ² , ktorá identifikovala klienta ³	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

¹ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

² V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

³ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať. V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.

ÚDAJE O ÚVERE, PÔŽIČKE – IBA PRI VINKULÁCII POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poskytovateľ úveru, pôžičky)

Poskytovateľ úveru (pôžičky)

Adresa		PSČ
Telefonický kontakt	E-mail	
Číslo úveru (pôžičky)	na dobu od	do
Výška úveru	Výška splátky	
Periodicita splátok	mesačná štvrtročná	polročná ročná iná
Priezvisko poisteného	Meno, titul	Rodné číslo
Zostatok úveru (pôžičky) bez neuhradených splátok a úrokov splatných do dátumu úmrtia poisteného		

ÚDAJE PRE VÝPLATU VINKULOVANÉHO PLNENIA V PROSPECH ÚVERU

Číslo účtu (IBAN)	Názov banky
Variabilný symbol	Konštantný symbol

V	Meno a priezvisko oprávneného pracovníka poskytovateľa úveru (pôžičky) pečiatka a podpis
Dňa	

POTVRDENIE ZAMESTNÁVATEĽA ALEBO ORGANIZÁCIE, ktorá dojednala poistenie v prospech poisteného

Názov a adresa zamestnávateľa	
V zmysle poistnej zmluvy došlo k úmrtiu pri poistnej činnosti pracovnej mimopracovnej	Pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)
Výška poistnej sumy za úmrtie	
V	