

## OZNÁMENIE O POISTNEJ UDALOSTI POHREBNÉ NÁKLADY, PRODUKT SKORÉ UZDRAVENIE

Oznámenie vyplňuje oprávnená osoba na poistné plnenie pre riziko pohrebných nákladov, ktorú poistník určil v poistnej zmluve, resp. osoba podľa § 817 Obč. zákonníka (ak poistník v zmluve oprávnenú osobu neurčil). Za maloletú oprávnenú osobu vyplňuje tlačivo jej zákonný zástupca. V prípade, že nárok na plnenie vzniká viacerým osobám, je potrebné vyplniť aj ďalšie položky určené pre 2. a ďalšiu oprávnenú osobu. K vyplnenému oznámeniu o poistnej udalosti priložte aj kópiu úmrtného listu.

Poistovnía v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaobstarávaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídliaceho mimo Slovenskej republiky. Ak k poistnej udalosti dôjde mimo Slovenskej republiky, je oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia povinná predložiť poisťovní úradne overený preklad alebo lekárske správy potrebné na stanovenie rozsahu 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, alebo online na [www.kooperativa.sk](http://www.kooperativa.sk).

POISŤOVŇA	
<b>KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1</b>	
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 A POISTNEJ UDALOSTI	
Číslo poistnej zmluvy (z poisťky)	
Priezvisko	Meno, titul
Adresa bydliska	
Meno a adresa notára, ktorý sa zaoberá pozostalosťou po poistenom	
Dátum úmrtia poisteného	Príčina úmrtia
úraz      choroba	

1. OPRÁVNENÁ OSOBA NA POISTNÉ PLNENIE Z POISTENÉHO RIZIKA: POHREBNÉ NÁKLADY <small>(vyplňuje 1. oprávnená osoba, alebo jej zákonný zástupca)</small>	
Priezvisko	Meno, titul
Vzťah k poistenému	
Adresa bydliska	
Telefonický kontakt	
E-mail	
Je oprávnená osoba politicky exponovanou osobou? nie      áno <sup>1</sup>	Je oprávnená osoba sankcionovanou osobou? nie      áno <sup>1</sup>

SÚHLAS 1. 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.	

V	Dňa	Úradne overený podpis oprávnenej osoby resp. jej 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 priamo 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 <sup>2</sup> , ktorá identifikovala klienta <sup>3</sup>	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

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

<sup>2</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať

<sup>3</sup> 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.

**VYHLÁSENIE ZÁK. ZÁSTUPCU MALOLETEJ OPRAVNENEJ OSOBY NA PLNENIE Z POISTENÉHO RIZIKA: POHREBNÉ NÁKLADY**

Priezvisko zákonného zástupcu		Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k maloletemu	Telefonický kontakt		E-mail
Je zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou? nie      áno <sup>1</sup>		Je zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou? nie      áno <sup>1</sup>	
<p>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. 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 <a href="http://www.kooperativa.sk">www.kooperativa.sk</a>.</p>			
Dňa		Podpis zákonného zástupcu maloletej oprávnenej osoby	

**POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA**

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

**SÚHLAS 1. OPRAVNENEJ OSOBY NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV**

Vyhlasujem, že som odpovedal pravdivo, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. 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. Ako blízka osoba poisteného podľa § 116 Obč. zákonníka týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa jeho zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie poistnej zmluvy. 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](http://www.kooperativa.sk).

V	Dňa	Úradne overený podpis 1. oprávnenej osoby resp. jej 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 priamo 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 <sup>2</sup> , ktorá identifikovala klienta <sup>3</sup>	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

**2. OPRAVNENÁ OSOBA NA POISTNÉ PLNENIE Z POISTENÉHO RIZIKA: POHREBNÉ NÁKLADY** (vyplňuje 2. oprávnená osoba, alebo jej zákonný zástupca)

Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k poistenému	Adresa bydliska	PSC
Telefonický kontakt	E-mail	
Je oprávnená osoba politicky exponovanou osobou? nie      áno <sup>1</sup>	Je oprávnená osoba sankcionovanou osobou? nie      áno <sup>1</sup>	

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

<sup>2</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať

<sup>3</sup> 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.

## 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.	

V	Dňa	Úradne overený podpis oprávnenej osoby resp. jej 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 priamo 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 <sup>2</sup> , ktorá identifikovala klienta <sup>3</sup>	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

## VYHLÁSENIE ZÁK. ZÁSTUPCU 2. MALOLETEJ OPRÁVNENEJ OSOBY NA PLNENIE Z POISTENÉHO RIZIKA: POHREBNÉ NÁKLADY

Priezvisko zákonného zástupcu	Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k maloletému	Telefonický kontakt	E-mail
Je zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou? nie áno <sup>1</sup>	Je zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou? nie áno <sup>1</sup>	

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. 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](http://www.kooperativa.sk).

Dňa \_\_\_\_\_ Podpis zákonného zástupcu maloletej oprávnenej osoby

## POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA

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

## SÚHLAS 2. OPRÁVNENEJ OSOBY NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

Vyhlasujem, že som odpovedal pravdivo, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. 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. Ako blízka osoba poisteného podľa § 116 Obč. zákonníka týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa jeho zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie poistnej zmluvy. 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](http://www.kooperativa.sk).

V	Dňa	Úradne overený podpis 2. oprávnenej osoby resp. jej 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 priamo 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 <sup>2</sup> , ktorá identifikovala klienta <sup>3</sup>	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

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

<sup>2</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať

<sup>3</sup> V prípade povereného 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 POISTNÉ PLNENIE Z POISTENÉHO RIZIKA: POHREBNÉ NÁKLADY** (vyplňuje 3. oprávnená osoba, alebo jej zákonný zástupca)

Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k poistenému	Adresa bydliska	PSČ
Telefonický kontakt	E-mail	
Je oprávnená osoba politicky exponovanou osobou? nie áno <sup>1</sup>	Je oprávnená osoba sankcionovanou osobou? nie áno <sup>1</sup>	

**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.	

V	Dňa	Úradne overený podpis oprávnenej osoby resp. jej 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 priamo 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 <sup>2</sup> , ktorá identifikovala klienta <sup>3</sup>	Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy
Podpis osoby, ktorá identifikovala klienta		

**VYHLÁSENIE ZÁK. ZÁSTUPCU 3. MALOLETEJ OPRÁVNENEJ OSOBY NA PLNENIE Z POISTENÉHO RIZIKA: POHREBNÉ NÁKLADY**

Priezvisko zákonného zástupcu	Meno, titul	Rodné číslo
Vzťah k maloleťmu	Telefonický kontakt	E-mail
Je zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou? nie áno <sup>1</sup>	Je zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou? nie áno <sup>1</sup>	
Čestne vyhlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloleťmu a som si vedomý(á) dôsledkov, ak by som uviedol(a) vo vyhlásení nepravdivé údaje. 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 <a href="http://www.kooperativa.sk">www.kooperativa.sk</a> .		
Dňa	Podpis zákonného zástupcu maloletej oprávnenej osoby	

**POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA**

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

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

<sup>2</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať

<sup>3</sup> 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.

### SÚHLAS 3. OPRÁVNENEJ OSOBY NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

Vyhlasujem, že som odpovedal pravdivo, úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

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. Ako blízka osoba poisteného podľa § 116 Obč. zákonníka týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa jeho zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie poisťnej zmluvy. 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](http://www.kooperativa.sk).

<b>V</b>	<b>Dňa</b>	<b>Úradne overený podpis 3. oprávnenej osoby resp. jej zástupcu poisteného*</b>	<b>Číslo dokladu totožnosti</b>
----------	------------	---	---------------------------------

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

<b>Dátum</b>	<b>Čitateľne meno a priezvisko/názov osoby<sup>2</sup>, ktorá identifikovala klienta<sup>3</sup></b>	<b>Osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy</b>
--------------	--	--

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

<sup>2</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať

<sup>3</sup> 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.