

## OSZNÁMENIE O ÚMRTÍ POISTENÉHO

Oznámenie vyplňuje oprávnená osoba na poistné plnenie pri úmrtí poisteného, ktorú poistník určil v poistnej zmluve, teda osoba podľa § 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 poisťovne prosím priložite kópiu listu o prehliadke mŕtveho, úmrtný list, príp. kópie lekárskeho správ, ktoré s úmrtím poisteného súvisia. V prípade, že úraz vyšetrovala polícia predložte kópiu správy z jej vyšetrovania.

Poisťovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaobstarávaním 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 poisťovni úradne overený preklad alebo lekárske správy 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: KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, IČO 00 585 441 zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 79/B (ďalej len „Spoločnosť“ alebo „KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group“), alebo online na [www.koop.sk](http://www.koop.sk) cez online služby.

### Údaje o poistenom

Číslo poistnej zmluvy (z poistky) .....

Meno, priezvisko poisteného ..... rodné číslo .....

Adresa ..... PSČ .....

Meno a adresa notára, ktorý sa zaoberá pozostalosťou po poistenom .....

Dátum úmrtia poisteného ..... Príčina úmrtia  úraz  choroba

Adresa lekára, zdrav. zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného .....

Bol poistený politicky exponovanou osobou? ?  nie  áno<sup>1</sup>

Bol poistený sankcionovanou osobou? ?  nie  áno<sup>2</sup>

### Vyplňte iba pri úmrtí poisteného následkom úrazu

Dátum úrazu ..... hodina úrazu ..... miesto úrazu .....

Popis úrazového deja (okolností vzniku úrazu) .....

Došlo k úrazu pri dopravnej nehode?  nie  áno Bol poistený v čase nehody vodičom?  nie  áno

ŠPZ .....

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde sa poistený po úraze liečil .....

Vyšetrovala úraz polícia?  nie  áno Adresa polície .....

### Správa ošetrojúceho lekára – vyplniť ošetrojúcim (praktickým lekárom) iba pri úmrtí následkom choroby. Náklady spojené s vypísaním tlačiva pre poisťovňu znáša oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

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 dátum ich prvého diagnostikovania) .....

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde sa poistený liečil pre ochorenie, ktoré viedlo k úmrtiu .....

V ..... dňa .....

pečiatka zdrav. zariad. a podpis ošetrojúceho lekára

Iba pri poistení osôb prepravovaných motorovým vozidlom - druh, továrnska značka vozidla .....

Číslo motora ..... počet prepravovaných osôb v čase úrazu ..... počet sedadiel .....

Meno, adresa vlastníka motorového vozidla .....

Meno, adresa vodiča motor. vozidla v čase úrazu .....

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

<sup>2</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

**1. Oprávnená osoba na plnenie pri úmrtí poisteného**

(ak má na plnenie pri úmrtí nárok viac oprávnených osôb, vyplňte aj nasledujúce strany)

Priezvisko a meno ..... rodné číslo .....  
Vzťah k poistenému ..... Adresa .....  
PSČ ..... e-mail.....Ste ako oprávnená osoba politicky exponovanou osobou? ?  **nie**  **áno**<sup>3</sup>Ste ako oprávnená osoba sankcionovanou osobou? ?  **nie**  **áno**<sup>4</sup>

Poistné plnenie žiadam poukázať:

 na číslo účtu v tvare IBAN.....

názov účtu .....

 na adresu .....

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

Beriem na vedomie, že spoločnosť KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje poskytnuté 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, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej poistnej udalosti.

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 poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke [www.koop.sk](http://www.koop.sk).

Dňa.....

úradne overený podpis oprávnenej osoby

číslo dokladu totožnosti

resp. jej zákonného zástupcu\*

**\*Identifikáciu** a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 a podpis osoby,  
ktorá identifikovala klienta.....  
čitateľné meno a priezvisko/názov osoby<sup>5</sup>,  
ktorá identifikovala klienta<sup>6</sup>.....  
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,  
ktorá identifikovala klienta /obchodný názov firmy**Súhlas 1. oprávnenej osoby, resp. jej zákonného zástupcu na vysporiadanie dlhu na poistnom**

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

Dňa: .....

úradne overený podpis oprávnenej osoby  
resp. jej zákonného zástupcu\*

číslo dokladu totožnosti

**\*Identifikáciu** a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 a podpis osoby,  
ktorá identifikovala klienta.....  
čitateľné meno a priezvisko/názov osoby<sup>1</sup>,  
ktorá identifikovala klienta<sup>2</sup>.....  
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby  
ktorá identifikovala klienta /obchodný názov firmy**Prehlásenie zákonného zástupcu maloletej 1. oprávnenej osoby na plnenie pri úmrtí poisteného**Meno a priezvisko zákonného zástupcu ..... rodné číslo .....  
Vzťah k maloleťmu ..... e-mail.....Ste ako zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou? ?  **nie**  **áno**<sup>7</sup>Ste ako zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou? ?  **nie**  **áno**<sup>8</sup>Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloleteho .....  
som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Beriem na vedomie, že spoločnosť KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje poskytnuté 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, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej poistnej udalosti. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke [www.koop.sk](http://www.koop.sk).

Dňa.....

podpis zákonného zástupcu oprávnenej osoby

<sup>3</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)<sup>4</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)<sup>5</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.<sup>6</sup> V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú<sup>7</sup> zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.<sup>8</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)<sup>9</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

**2. Oprávnená osoba na plnenie pri úmrtí poisteného (vyplňuje 2. oprávnená osoba alebo jej zák. zástupca)**

Priezvisko a meno ..... rodné číslo .....

Vzťah k poistenému ..... Adresa .....

..... PSC ..... e-mail .....

Ste ako oprávnená osoba politicky exponovanou osobou? ?  **nie**  **áno**<sup>9</sup>

Ste ako oprávnená osoba sankcionovanou osobou? ?  **nie**  **áno**<sup>10</sup>

Poistné plnenie žiadam poukázať:

na číslo účtu v tvare IBAN.....

názov účtu .....

na adresu .....

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

Beriem na vedomie, že spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje poskytnuté 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, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej poisťovnej udalosti.

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 poisťovnej zmluvy. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

Dňa.....

úradne overený podpis 2. oprávnenej osoby ..... číslo dokladu totožnosti .....

resp. jej zákonného zástupcu\*

**\*Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 a podpis osoby, ..... čitateľné meno a priezvisko/názov osoby<sup>11</sup>, ..... osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,  
ktorá identifikovala klienta ..... ktorá identifikovala klienta<sup>12</sup> ..... ktorá identifikovala klienta /obchodný názov firmy

**Súhlas 2. oprávnenej osoby, resp. jej zákonného zástupcu na vysporiadanie dlhu na poisťnom**

Nižšie podpísaný (priezvisko a meno) ..... rodné číslo .....

týmto pristupujem k záväzku poistníka, resp. dedičov poistníka (ak bol súčasne poisteným) z predmetnej poisťovnej zmluvy č. .... na úhradu dlžného poistného. Zároveň dávam súhlas, aby si spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group pohľadávku na dlžnom poisťnom jednostranne započítala voči môjmu nároku na poistné plnenie z predmetnej poisťovnej zmluvy.

Dňa: .....

úradne overený podpis oprávnenej osoby ..... číslo dokladu totožnosti .....

resp. jej zákonného zástupcu\*

**\*Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 a podpis osoby, ..... čitateľné meno a priezvisko/názov osoby<sup>13</sup>, ..... osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,  
ktorá identifikovala klienta ..... ktorá identifikovala klienta<sup>14</sup> ..... ktorá identifikovala klienta /obchodný názov firmy

**Prehlásenie zákonného zástupcu maloletej 2. oprávnenej osoby na plnenie pri úmrtí poisteného**

Meno a priezvisko zákonného zástupcu ..... rodné číslo .....

Vzťah k maloleťmu ..... e-mail .....

Ste ako zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou? ?  **nie**  **áno**<sup>15</sup>

Ste ako zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou? ?  **nie**  **áno**<sup>16</sup>

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloleteho ..... som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Beriem na vedomie, že spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje poskytnuté 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, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej poisťovnej udalosti. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk

Dňa.....

.....

podpis zákonného zástupcu oprávnenej osoby

<sup>9</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>10</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>11</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

<sup>12</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.

<sup>13</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

<sup>14</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.

<sup>15</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>16</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

### 3. Oprávnená osoba na plnenie pri úmrtí poisteného (vyplňuje 3. oprávnená osoba alebo jej zák. zástupca)

Priezvisko a meno ..... rodné číslo .....

Vzťah k poistenému ..... Adresa ..... e-mail.....

..... PSČ ..... e-mail.....

Ste ako oprávnená osoba politicky exponovanou osobou? ?  nie  áno<sup>17</sup>

Ste ako oprávnená osoba sankcionovanou osobou? ?  nie  áno<sup>18</sup>

Poistné plnenie žiadam poukázať:

na číslo účtu v tvare IBAN.....

názov účtu .....

na adresu .....

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

Beriem na vedomie, že spoločnosť KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje poskytnuté 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, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej poisťovnej udalosti.

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 poisťovnej zmluvy. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

Dňa.....

úradne overený podpis 3. oprávnenej osoby  
resp. jej zákonného zástupcu\*

číslo dokladu totožnosti

**\*Identifikáciu** a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 a podpis osoby,  
ktorá identifikovala klienta

čitateľné meno a priezvisko/názov osoby<sup>19</sup>,  
ktorá identifikovala klienta<sup>20</sup>

osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,  
ktorá identifikovala klienta /obchodný názov firmy

### Súhlas 3. oprávnenej osoby, resp. jej zákonného zástupcu na vysporiadanie dlhu na poisťovni

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

Dňa: .....

úradne overený podpis oprávnenej osoby  
resp. jej zákonného zástupcu\*

číslo dokladu totožnosti

**\*Identifikáciu** a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 a podpis osoby,  
ktorá identifikovala klienta

čitateľné meno a priezvisko/názov osoby<sup>7</sup>,  
ktorá identifikovala klienta<sup>8</sup>

osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,  
ktorá identifikovala klienta /obchodný názov firmy

### Prehlásenie zákonného zástupcu maloletej 3. oprávnenej osoby na plnenie pri úmrtí poisteného

Meno a priezvisko zákonného zástupcu ..... rodné číslo .....

Vzťah k maloletému ..... e-mail.....

Ste ako zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>21</sup>

Ste ako zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>22</sup>

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého .....  
som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Beriem na vedomie, že spoločnosť KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje poskytnuté 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, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej poisťovnej udalosti. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

Dňa.....

podpis zákonného zástupcu oprávnenej osoby

<sup>17</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>18</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>19</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

<sup>20</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.

<sup>21</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>22</sup> V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

**Údaje o úvere, pôžičke – iba pri vinkulácii poistného plnenia (vyplňuje poskytovateľ úveru, pôžičky)**

Poskytovateľ úveru (pôžičky).....

Adresa ..... PSC .....

☎ ..... e-mail .....

Číslo úveru (pôžičky) ..... na dobu od ..... do .....

Výška úveru ..... výška splátky .....

Periodicita splátok -mesačná, -štvrtročná, -polročná, -ročná, -iná: .....

Meno a priezvisko poisteného ..... rodné číslo .....

Zostatok úveru (pôžičky) bez neuhradených splátok a úrokov splatných do dátumu úmrtia poisteného: .....

**Údaje pre výplatu vinkulovaného plnenia v prospech úveru (pôžičky):**

Číslo účtu v tvare IBAN ..... konšt. symbol .....

variabilný symbol .....

.....

Dátum ..... meno a priezvisko oprávneného pracovníka poskytovateľa úveru (pôžičky)  
pečiatka a podpis

**Potvrdenie zamestnávateľa alebo organizácie, ktorá dojednala poistenie v prospech poisteného**

Názov a adresa zamestnávateľa .....

V zmysle poistnej zmluvy došlo k úrazu pri poistenej činnosti  pracovnej  mimopracovnej

Výška poistnej sumy za úmrtie .....

V .....dňa ..... pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)