



Oznámenie Poistnej udalosti Invalidita

Poistený

Rodné číslo

Adresa

Číslo poisťky

	Invalidita Dátum vzniku Invalidity:
Priložte tieto dokumenty: (originály prípadne úradne overené fotokópie)	<ul style="list-style-type: none"> Právoplatné rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku vystavené Sociálnou poisťovňou Zápisnica z rokovania posudkovej komisie
Kde sa nachádza lekárska dokumentácia Poisteného? (meno lekára a adresa):	

Osoba nahlasujúca/uplatňujúca si nárok na Poistné plnenie*: (uvedte meno a priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu, telefónne číslo)	
Poistné plnenie žiadam vyplatiť na číslo účtu: (uvedte číslo účtu, kód banky, prípadne špecifický symbol)	

Vyhlasujem, že všetky mnou uvádzané údaje sú pravdivé a úplné a som si vedomá/vedomý dôsledkov neúplných a nepravdivých odpovedí na rozsah povinností Poistiteľa plniť.

Beriem na vedomie, že Poistiteľ spracúva moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení na účel správy a plnenia poistnej zmluvy 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 zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

Ste politicky exponovaná osoba? Áno Nie

Ste sankcionovaná osoba Áno Nie

Zároveň vyhlasujem, že som daňovým rezidentom Slovenskej republiky.

Miesto _____ dátum _____

 notárom/matrikou overený podpis žiadateľa
 (Oprávnenej osoby)

Podpis overil:

Meno, priezvisko, osobné číslo a podpis poradcu SLSP: