



Oznámenie Poistnej udalosti

Poistený	<input type="text"/>	Poistka číslo	<input type="text"/>
Č. poskytnutého úveru (ak sa jedná o úver. poistenie)	<input type="text"/>		

Smrť Poisteného		Dátum smrti :
Priložte tieto dokumenty: (originály prípadne notárom overené fotokópie)		<ul style="list-style-type: none"> List o prehliadke mŕtveho Úmrtný list Pitevná správa zo súdnej pitvy (ak bola prevedená) Správa o výsledku vyšetrovania príslušného orgánu (ak bolo uskutočnené napr. vyšetrovanie policajným zborom)
Kde sa nachádza lekárska dokumentácia Poisteného? (meno lekára a adresa):		
Dôvod smrti	<input type="checkbox"/> choroba <input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> iná príčina	Uvedte bližšie (aká choroba, aký úraz, aká iná príčina?) a opis udalosti, pri ktorej smrť nastala.
Nastala smrť v dôsledku požitia alkoholických alebo iných omamných látok?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ak áno, uveďte podrobnosti – druh požitej látky? %o alkoholu v krvi? atď.
Bola smrť vyšetovaná políciou?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ak áno, uveďte názov a adresu (telefónne číslo) vyšetrujúceho orgánu, prípadne číslo vyšetrovacieho spisu.
V prípade úmrtia Poisteného v zdravotníckom zariadení (nemocnici) uveďte jeho názov a adresu.		
Osoba uplatňujúca si nárok na Poistné plnenie: (uveďte meno a priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu, telefónne číslo)		
Poistné plnenie žiadam vyplatiť na číslo účtu: (uveďte číslo účtu, kód banky, prípadne špecifický symbol)		

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.

Vyhlasujem, že všetky mnou uvádzané údaje sú pravdivé a úplné a som si vedomá/vedomý dôsledkov neúplných a nepravdivých odpovedí na rozsah povinnosti Poistiteľa plniť. V prípade, ak je osobou s právom na Poistné plnenie maloletý, Poistiteľ vypláca Poistné plnenie výhradne bezhotovostne na akýkoľvek bankový alebo poistný produkt, ktorého vlastníkom je maloletý.

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.

Žiadateľ podpisom tohto dokumentu vyhlasuje, že si je vedomý skutočnosti, že tento dokument sa považuje za doručený Poistiteľovi až momentom jeho reálneho doručenia na adresu sídla Poistiteľa, ktoré zabezpečuje tretia osoba.

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: