



## Oznámenie Poistnej udalosti Pohrebné poistenie

Poistený

Poistka číslo

**Smrť Poisteného**

Dátum smrti :

Priložte tieto dokumenty: (originály prípadne notárom overené fotokópie)

- List o prehliadke mŕtveho
- Úmrtný list

Ak úmrtie nastalo do 2 rokov od Začiatku poistenia, navyše priložte:

- Pitevná správa zo súdnej pily (ak bola prevedená)
- Správa o výsledku vyšetrovania príslušného orgánu (ak bolo uskutočnené napr. vyšetrenie policajným zborom)

**Podklady je možné pre urýchlenie zaslať aj mailom, prostredníctvom poradcu SLSP**

<b>Dôvod smrti</b>	<input type="checkbox"/> choroba <input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> iná príčina	Uveďte bližšie (aká choroba, aký úraz, aká iná príčina?) a opis udalosti, pri ktorej smrť nastala.
		<input type="text"/>

**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)

**Vyhlasenie o použití prostriedkov na pohreb Poisteného:**

Oprávnená osoba čestne vyhlasuje, že peňažné prostriedky poistného plnenia použije na úhradu nákladov spojených s pohrebom Poisteného. V prípade už uskutočneného pohrebu Poisteného Oprávnená osoba čestne vyhlasuje, že zabezpečila úhradu nákladov pohrebu.

Účelom poskytnutia poistného plnenia je zabezpečenie úhrady nákladov pohrebu Poisteného, preto je Oprávnená osoba povinná poistným plnením uhradiť tieto náklady. Nie je však povinná na zabezpečenie úhrady týchto nákladov vyčerpať celú sumu poskytnutého poistného plnenia.

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.

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.

Zároveň podpisom tejto listiny udeľujem súhlas so spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu osobných údajov uvedených v tejto listine, a to na účely spravovania poistného vzťahu.

Podpisom tohto dokumentu vyhlasujem, že som si vedomý skutočnosti, že tento dokument sa považuje za doručený do KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group až momentom jeho reálneho doručenia na adresu sídla KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, ktoré zabezpečuje tretia osoba.

Ste politicky exponovaná osoba? Áno  Nie  Ste sankcionovaná osoba Áno  Nie

Oprávnená osoba vyhlasuje, že je daňovým rezidentom Slovenskej republiky.

Miesto \_\_\_\_\_ dátum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
notárom/matrikou/poradcom overený podpis žiadateľa

(Oprávnenej osoby)

**Podpis overil:**

**Meno, priezvisko, osobné číslo a podpis poradcu SLSP:** .....

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1, Slovenská republika

IČO: 00 585 441, DIČ: 2020527300; IČ DPH: SK7020000746 Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.

Zapísaná: Obchodný register Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka 79/B.