

OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

Poistenie k úveru

POISŤOVŇA

KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group
Mlynské nivy 16, 821 09 Bratislava
IČO: 00 585 441
DIČ: 2020527300
IČ DPH: SK7020000746
Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.
Registrácia: Obchodný register Mestského súdu Bratislava III, oddiel: Sa, vložka 79/B

ÚDAJE O POISTENOM

Číslo poistnej zmluvy (z poistky). Uveďte všetky čísla poistných zmlúv, ktorými je riziko úrazu poistené:

Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Adresa bydliska/korešpondenčná adresa k poistnej udalosti		PSČ
Telefonický kontakt	E-mail	

POISTENÝ

Priložte tieto dokumenty (originály prípadne úradne overené fotokópie)

Smrť Poisteného Dátum smrti: - List o prehliadke mŕtveho - Úmrtný list - Pitevná správa zo súdnej pitvy (ak bola prevezená) - Správa o výsledku vyšetrovania príslušného orgánu (ak bolo uskutočnené napr. vyšetrovanie policajným zborom) - Kópia Úverovej zmluvy	Plná a trvalá invalidita Dátum vzniku plnej a trvalej invalidity: - Právoplatné rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku vystavené Sociálnou poisťovňou - Lekárske potvrdenie, ktoré potvrdzuje nevyhnutnosť inej osoby pri starostlivosti Poisteného - Odborný posudok o invalidite - Kópia Úverovej zmluvy
---	--

Kde sa nachádza lekárska dokumentácia Poisteného? (meno lekára a adresa):

Dôvod smrti: choroba úraz iná príčina	Uveďte 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? áno nie	Ak áno, uveďte podrobnosti – druh požitej látky, ‰ alkoholu v krvi, atď.
Bola smrť vyšetrovaná políciou? áno nie	Ak áno, uveďte názov a adresu (telefónne číslo) vyšetrojúceho orgánu, prípadne číslo vyšetrovacieho spisu

V prípade smrti Poisteného v zdravotníckom zariadení (nemocnici) uveďte jeho názov a adresu:

OSOBA NAHLASUJÚCA POISTNÚ UDALOSŤ

Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Adresa bydliska/korešpondenčná adresa k poistnej udalosti		PSČ

SÚHLAS NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

Prehlasujem, 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. 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.

Súhlasím, aby spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúvala moje osobné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a to ich zisťovaním a prevencovaním (a následným spracúvaním týchto údajov) vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov ako aj získavaním výpisov zo zdravotnej dokumentácie a zapožičaním zdravotnej dokumentácie za účelom zistenia pravdivosti mnou uvedených informácií v poisťnej zmluve a posúdenia poisťnej udalosti. Zároveň v uvedenom rozsahu zbavujem mlčanlivosti voči Spoločnosti všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s mojim zdravotným stavom.

Beriem na vedomie, že môj súhlas na spracovanie osobných údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla Spoločnosti.

ÁNO, DÁVAM SÚHLAS

NIE, NEDÁVAM SÚHLAS

Je poistený politicky exponovanou osobou?	Je poistený sankcionovanou osobou?
nie áno ¹	nie áno ¹

V	Dňa	Úradne overený podpis osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie*	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		
Podpis overil (meno, priezvisko)	Osobné číslo	Podpis zamestnanca SLSP

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