

# OZNÁMENIE POISTNEJ UDALOSTI

Poistenie k úveru



2737

## POISŤOVŇA

**KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava 1**  
IČO: 00 585 441 Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.  
DIČ: 2020527300 Registrácia: Obchodný register Mestského súdu Bratislava III,  
IČ DPH: SK7020000746 oddiel: Sa, vložka 79/B

## POISTENÝ

Priezvisko	Meno, titul	Rodné číslo
Adresa bydliska		PSČ
Číslo úveru		

## POISTENÝ

Priložte tieto dokumenty (originály prípadne úradne overené fotokópie)

<b>Smrť Poisteného</b> <b>Dátum smrti:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>List o prehliadke mŕtveho</li><li>Úmrtný list</li><li>Pitevná správa zo súdnej pitvy (ak bola prevezená)</li><li>Správa o výsledku vyšetrovania príslušného orgánu (ak bolo uskutočnené napr. vyšetrovanie policajným zborom)</li><li>Kópia Úverovej zmluvy</li></ul>	<b>Plná a trvalá invalidita</b> <b>Dátum vzniku plnej a trvalej invalidity:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>Právoplatné rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku vystavené Sociálnou poisťovňou</li><li>Lekárske potvrdenie, ktoré potvrdzuje nevyhnutnosť inej osoby pri starostlivosti Poisteného</li><li>Zápisnica z rokovania posudkovej komisie</li><li>Kópia Úverovej zmluvy</li></ul>
---	--

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

<b>Dôvod smrti:</b> 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, ‰o 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/uplatňujúca si nárok na Poistné plnenie:  
(uveďte meno a priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu, telefónne číslo)

## VYHLÁSENIA A SÚHLAS NA SPRACOVANIE OSOBNÝCH ÚDAJOV

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 vyhlasujem, že som daňovým rezidentom Slovenskej republiky.

Ste politicky exponovaná osoba? nie                      áno	Ste sankcionovaná osoba? nie                      áno
---	--

V	Dňa	podpis žiadateľa overený poradcom/notárom/matrikou
Podpis overil (Meno, priezvisko)	osobné číslo	podpis poradcu SISP