



OZNÁMENIE O POISTNEJ UDALOSTI POHREBNÉ NÁKLADY, PRODUKT SKORÉ UZDRAVENIE

Oznámenie vyplňuje oprávnená osoba na poistné plnenie pre riziko pohrebných nákladov, ktorú poistník určil v poistnej zmluve, resp. osoba podľa § 817 Obč. zákonníka (ak poistník v zmluve oprávnenú osobu neurčil). Za maloletú oprávnenú osobu vyplňuje tlačivo jej zákonný zástupca. V prípade, že nárok na plnenie vzniká viacerým osobám, je potrebné vyplniť aj ďalšie položky určené pre 2. a ďalšiu oprávnenú osobu.

K vyplnenému oznámeniu o poistnej udalosti priložte aj kópiu úmrtného listu.

Poistovňa v súvislosti s poistnou udalosťou nie je povinná hradiť náklady spojené so zaobstarávaním zdravotnej dokumentácie od lekára, či zdravotníckeho zariadenia sídliaceho mimo Slovenskej republiky. Ak k poistnej udalosti dôjde mimo Slovenskej republiky, je oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia povinná predložiť poisťovní úradne overený preklad alebo lekárske správy potrebné na stanovenie rozsahu poistného plnenia potvrdené odborným lekárom na území Slovenskej republiky. Náklady spojené s predložením požadovaných podkladov znáša oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

Požadované doklady zašlite na adresu: KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava, IČO 00 585 441 zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 79/B (ďalej len „Spoločnosť“ alebo „KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group“), alebo online na www.koop.sk cez online služby.

Údaje o poistenom a poistnej udalosti		
Číslo poistnej zmluvy (z poistky)		
Meno, priezvisko poisteného.....		rodné číslo
Adresa		PSČ.....
Bol poistený politicky exponovanou osobou? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno ¹		Bol poistený sankcionovanou osobou? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno ²
Meno a adresa notára, ktorý sa zaoberá pozostalosťou po poistenom		
.....		PSČ
Dátum úmrtia poisteného.....	Príčina úmrtia	<input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> choroba
Diagnóza ochorenia, ktoré viedlo k úmrtiu		
1. Oprávnená osoba na plnenie z poisteného rizika: Pohrebné náklady		
Priezvisko a meno		rodné číslo
Vzťah k poistenému		Adresa
.....		PSČ
Je oprávnená osoba politicky exponovanou osobou? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno ³		
Je oprávnená osoba sankcionovanou osobou? <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> áno ⁴		
Poistné plnenie žiadam poukázať:		
<input type="checkbox"/> na číslo účtu v tvare IBAN		
názov účtu.....		
<input type="checkbox"/> na adresu		
Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.		
Beriem na vedomie, že spoločnosť KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva vyššie uvedené osobné údaje, 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 príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Ako blízka osoba poisteného podľa § 116 Obč. zákonníka týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa jeho zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie poistnej zmluvy. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk .		
Dňa.....
úradne overený podpis 1. oprávnenej osoby (resp. jej zákonného zástupcu)*		číslo dokladu totožnosti
*Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOOPERATIVA 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 a podpis osoby, ktorá identifikovala klienta	čitateľné meno a priezvisko/názov osoby ⁵ , ktorá identifikovala klienta ⁶	osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

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

² V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

³ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

⁴ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

⁵ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

Súhlas 1. oprávnenej osoby, resp. jej zákonného zástupcu na vysporiadanie dlhu na poistnom

Nižšie podpísaný (priezvisko a meno) rodné číslo
 týmto pristupujem k záväzku poistníka resp. dedičov poistníka (ak bol súčasne poisteným) z predmetnej poistnej zmluvy č.
 na úhradu dlžného poistného. Zároveň dávam súhlas, aby si spoločnosť KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group pohľadávku na dlžnom poistnom jednostranne započítala voči môjmu nároku na poistné plnenie z predmetnej poistnej zmluvy

Dňa:

 úradne overený podpis oprávnenej osoby číslo dokladu totožnosti
 resp. jej zákonného zástupcu*

***Identifikáciu** a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 a podpis osoby, ktorá identifikovala klienta
 čitateľné meno a priezvisko/názov osoby¹, ktorá identifikovala klienta²
 osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta /obchodný názov firmy

Prehlásenie zák. zástupcu maloletej oprávnenej osoby na plnenie z poisteného rizika: Pohrebné náklady

Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo

Vzťah k maloletému e-mail.....

Je zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou? ? **nie** **áno**⁷

Je zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou? ? **nie** **áno**⁸

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého
 a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Beriem na vedomie, že KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení 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 príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

Dňa.....

 podpis zákonného zástupcu maloletej oprávnenej osoby

2.Oprávnená osoba na plnenie z poisteného rizika: Pohrebné náklady(vyplňuje 2. opráv.osoba alebo jej zák. zástupca)

Priezvisko a meno rodné číslo

Vzťah k poistenému Adresa

..... PSČ

Je oprávnená osoba politicky exponovanou osobou? **nie** **áno**⁹

Je oprávnená osoba sankcionovanou osobou? **nie** **áno**¹⁰

Poistné plnenie žiadam poukázať: na číslo účtu v tvare IBAN
 názov účtu na adresu

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

Beriem na vedomie, že spoločnosť KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva vyššie uvedené osobné údaje, 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 príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Ako blízka osoba poisteného podľa § 116 Obč. zákonníka týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytlí poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa jeho zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie poistnej zmluvy. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

Dňa.....

 úradne overený podpis 2. oprávnenej osoby číslo dokladu totožnosti
 (resp. jej zákonného zástupcu) *

⁶ V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní.Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy,pre ktorú pracuje.

⁷ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

⁸ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

⁹ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

¹⁰ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

***Identifikáciu** a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 a podpis osoby,
ktorá identifikovala klienta
firmy

.....
čitateľné meno a priezvisko/názov osoby¹¹,
ktorá identifikovala klienta¹²

.....
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,
ktorá identifikovala klienta/obchodný názov

Súhlas 2. oprávnenej osoby, resp. jej zákonného zástupcu na vysporiadanie dlhu na poistnom

Nižšie podpísaný (priezvisko a meno) rodné číslo
týmto pristupujem k záväzku poistníka resp. dedičov poistníka (ak bol súčasne poisteným) z predmetnej poistnej zmluvy č.
..... na úhradu dlžného poistného. Zároveň dávam súhlas, aby si spoločnosť KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group pohľadávku na dlžnom poistnom jednostranne započítala voči môjmu nároku na poistné plnenie z predmetnej poistnej zmluvy

Dňa:

.....
úradne overený podpis oprávnenej osoby
resp. jej zákonného zástupcu*

.....
číslo dokladu totožnosti

***Identifikáciu** a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 a podpis osoby,
ktorá identifikovala klienta

.....
čitateľné meno a priezvisko/názov osoby¹,
ktorá identifikovala klienta²

.....
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,
ktorá identifikovala klienta /obchodný názov firmy

Prehlásenie zák. zástupcu 2. maloletej oprávnenej osoby na plnenie z poisteného rizika: Pohrebné náklady

Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo

Vzťah k maloletému e-mail.....

Je zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou? ? **nie** **áno**¹³

Je zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou? **nie** **áno**¹⁴

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého

a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Beriem na vedomie, že KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení 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 príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

Dňa.....

.....
podpis zákonného zástupcu maloletej oprávnenej osoby

3. Oprávnená osoba na plnenie z poisteného rizika: Pohrebné náklady (vyplňuje 3. oprávnená osoba alebo jej zákonný zástupca)

Priezvisko a meno rodné číslo

Vzťah k poistenému Adresa

..... PSC
.....

Je oprávnená osoba politicky exponovanou osobou? **nie** **áno**¹⁵

Je oprávnená osoba sankcionovanou osobou? **nie** **áno**¹⁶

Poistné plnenie žiadam poukázať: na číslo účtu v tvare IBAN

názov účtu.....
 na adresu

Prehlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne a uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti.

¹¹ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

¹² V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.

¹³ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

¹⁴ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

¹⁵ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

¹⁶ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

Beriem na vedomie, že spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva vyššie uvedené osobné údaje, 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 príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Ako blízka osoba poisteného podľa § 116 Obč. zákonníka týmto oprávňujem každého lekára i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovni informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa jeho zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie poisťnej zmluvy. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

Dňa.....

úradne overený podpis 3. oprávnenej osoby
(resp. jej zákonného zástupcu) *

číslo dokladu totožnosti

***Identifikáciu** a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 a podpis osoby, ktorá identifikovala klienta, čitateľné meno a priezvisko/názov osoby¹⁷, ktorá identifikovala klienta¹⁸, osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

Súhlas 3. oprávnenej osoby, resp. jej zákonného zástupcu na vysporiadanie dlhu na poisťnom

Nižšie podpísaný (priezvisko a meno) rodné číslo
týmto pristupujem k záväzku poistníka resp. dedičov poistníka (ak bol súčasne poisteným) z predmetnej poisťnej zmluvy č. na úhradu dlžného poistného. Zároveň dávam súhlas, aby si spoločnosť KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group pohľadávku na dlžnom poisťnom jednostranne započítala voči môjmu nároku na poistné plnenie z predmetnej poisťnej zmluvy

Dňa:

úradne overený podpis oprávnenej osoby
resp. jej zákonného zástupcu*

číslo dokladu totožnosti

***Identifikáciu** a overenie identifikácie je oprávnený vykonať zamestnanec spoločnosti KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom Štefanovičova 4, 81623 Bratislava, IČO 00 585 441 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 a podpis osoby, ktorá identifikovala klienta, čitateľné meno a priezvisko/názov osoby¹, ktorá identifikovala klienta², osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta /obchodný názov firmy

Prehlásenie zák. zástupcu 3. maloletej oprávnenej osoby na plnenie z poisteného rizika: Pohrebné náklady

Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo

Vzťah k maloletemu  e-mail.....

Je zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou? ? **nie** **áno**¹⁹

Je zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou? ? **nie** **áno**²⁰

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloleteho

a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Beriem na vedomie, že KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení 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 príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

Dňa.....

podpis zákonného zástupcu maloletej oprávnenej osoby

¹⁷ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

¹⁸ V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.

¹⁹ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

²⁰ V prípade označenia možnosti Áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)