



OZNÁMENIE O ÚMRTÍ POISTENÉHO

Oznámenie vyplňuje oprávnená osoba na poistné plnenie pri úmrtí poisteného, ktorú poistník určil v poistnej zmluve, teda osoba podľa § 817 Obč. zákonníka (ak poistník v zmluve oprávnenú osobu neurčil). Ak je oprávnených osôb na plnenie za úmrtie viac, vyplňajú sa aj nasledujúce strany. Za maloletú oprávnenú osobu vyplňuje tlačivo jej zákonný zástupca.

K tlačivu poisťovne prosím priložte kópiu listu o prehliadke mŕtveho, úmrtný list, príp. kópie lekárskeho správ, ktoré s úmrtím poisteného súvisia. V prípade, že úraz vyšetrovala polícia predložte kópiu správy z jej vyšetrovania.

Poisťovňa 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 poisťovni úradne overený preklad alebo lekárske správy potrebné na stanovenie 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, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava.

Údaje o poistenom

Číslo poistnej zmluvy (z poistky)

Meno, priezvisko poisteného rodné číslo

AdresaPSC

Meno a adresa notára, ktorý sa zaoberá pozostalosťou po poistenom

Dátum úmrtia poisteného Príčina úmrtia úraz choroba

Adresa lekára, zdrav. zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného

Vyplňte iba pri úmrtí poisteného následkom úrazu

Dátum úrazu hodina úrazu miesto úrazu.....

Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)

Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? nie áno Bol poistený v čase nehody vodičom? nie áno

ŠPZ

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde sa poistený po úraze liečil

Vyšetrovala úraz polícia ? nie áno Adresa polície

Správa ošetrojúceho lekára – vyplniť ošetrojúcim (praktickým lekárom) iba pri úmrtí následkom choroby. Náklady spojené s vypísaním tlačiva pre poisťovňu znáša oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia.

Diagnóza ochorenia, ktoré viedlo k úmrtiu

Dátum prvého diagnostikovania ochorenia, ktoré viedlo k úmrtiu

Iné ochorenia, odchýlky od zdravia, ktoré majú súvis s úmrtím poisteného (do zátvorky uveďte dátum ich prvého diagnostikovania)

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde sa poistený liečil pre ochorenie, ktoré viedlo k úmrtiu

V dňa
pečiatka zdrav. zariad. a podpis ošetrojúceho lekára

Iba pri poistení osôb prepravovaných motorovým vozidlom - druh, továr. značka vozidla

Číslo motora počet prepravovaných osôb v čase úrazu počet sedadiel

Meno, adresa vlastníka motorového vozidla

Meno, adresa vodiča motor. vozidla v čase úrazu

1. Oprávnená osoba na plnenie pri úmrtí poisteného (ak má na plnenie pri úmrtí nárok viac oprávnených osôb, vyplňte aj nasledujúce strany)

Priezvisko a meno rodné číslo

Vzťah k poistenému Adresa

..... PSČ e-mail.....

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 osobné údaje poskytnuté 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, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej poisťovnej udalosti.

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 poisťovnej 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 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

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 poisťovnej 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 poisťovnej 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

¹ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

² 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.

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletej 1. oprávnenej osoby na plnenie pri úmrtí poisteného

Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo

Vzťah k maloletému e-mail.....

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého

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

Beriem na vedomie, že spoločnosť KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje poskytnuté 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, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej poisťovnej udalosti. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

Dňa.....

.....

podpis zákonného zástupcu oprávnenej osoby

2. Oprávnená osoba na plnenie pri úmrtí poisteného (vyplňuje 2. oprávnená osoba alebo jej zák. zástupca)

Priezvisko a meno rodné číslo

Vzťah k poistenému Adresa

..... PSČ e-mail.....

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 osobné údaje poskytnuté 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, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej poisťovnej udalosti.

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 poisťovnej 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
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 osoby³,
ktorá identifikovala klienta⁴.....
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby,
ktorá identifikovala klienta /obchodný názov firmy

³ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

⁴ 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.

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 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 osoby⁵,
ktorá identifikovala klienta⁶

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

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletej 2. oprávnenej osoby na plnenie pri úmrtí poisteného

Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo

Vzťah k maloletemu e-mail

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého

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

Beriem na vedomie, že spoločnosť KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje poskytnuté 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, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej poistnej udalosti. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

Dňa.....

.....
podpis zákonného zástupcu oprávnenej osoby

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

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.

3. Oprávnená osoba na plnenie pri úmrtí poisteného (vyplňuje 3. oprávnená osoba alebo jej zák. zástupca)

Priezvisko a meno rodné číslo

Vzťah k poistenému Adresa

..... PSČ e-mail.....

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 osobné údaje poskytnuté 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, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej poistnej udalosti.

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 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 3. 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 osoby⁷, ktorá identifikovala klienta⁸

..... 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 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 osoby⁷, ktorá identifikovala klienta⁸

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

⁷ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

⁸ 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.

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletej 3. oprávnenej osoby na plnenie pri úmrtí poisteného

Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo

Vzťah k maloletemu e-mail

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloleteho

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

Beriem na vedomie, že spoločnosť KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje poskytnuté 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, za účelom zabezpečenia likvidácie predmetnej poistnej udalosti. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.koop.sk.

Dňa.....

.....

podpis zákonného zástupcu oprávnenej osoby

Údaje o úvere, pôžičke – iba pri vinkulácii poistného plnenia (vyplňuje poskytovateľ úveru, pôžičky)

Poskytovateľ úveru (pôžičky).....

Adresa PSČ

e-mail

Číslo úveru (pôžičky) na dobu od do

Výška úveru výška splátky

Periodicita splátok -mesačná, -štvrtročná, -polročná, -ročná, -iná:

Meno a priezvisko poisteného rodné číslo

Zostatok úveru (pôžičky) bez neuhradených splátok a úrokov splatných do dátumu úmrtia poisteného:

Údaje pre výplatu vinkulovaného plnenia v prospech úveru (pôžičky):

Číslo účtu v tvare IBAN

variabilný symbol konšt. symbol

.....

Dátum

meno a priezvisko oprávneného pracovníka poskytovateľa úveru (pôžičky)

pečiatka a podpis

Potvrdenie zamestnávateľa alebo organizácie, ktorá dojednala poistenie v prospech poisteného

Názov a adresa zamestnávateľa

V zmysle poistnej zmluvy došlo k úrazu pri poistenej činnosti pracovnej mimopracovnej

Výška poistnej sumy za úmrtie

Vdňa

pečiatka a podpis zamestnávateľa (organizácie)