



OZNÁMENIE O NARODENÍ DIEŤAŤA
s prihlásením dieťaťa do úrazového pripistenia Prémie Plus

Nárok na finančnú podporu pri narodení dieťaťa v produkte SD4, resp. SD5 iba v prípade, ak od dátumu uzavretia poisťných zmlúv oboch rodičov/osvojiteľov do dátumu narodenia dieťaťa uplynulo najmenej 40 týždňov. K vyplnenému tlačivu priložte kópiu rodného listu dieťaťa. Požadované doklady zašlite na adresu: KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4,816 23 Bratislava.

Údaje o matke/osvojiteľke dieťaťa (vyplňuje poistená matka/osvojiteľka dieťaťa)	
Číslo poisťnej zmluvy
Priezvisko, meno poistenej	rodné číslo
Adresa
PSČ ☎	e-mail.....
Pokyny k výplate finančnej podpory matke/osvojiteľke dieťaťa	
Finančnú podporu pri narodení dieťaťa žiadam poukázať:	
<input type="checkbox"/> na číslo účtu v tvare IBAN
názov účtu
<input type="checkbox"/> na adresu
Údaje o otcovi/osvojiteľovi dieťaťa (vyplňuje poistený otec/osvojiteľ dieťaťa)	
Číslo poisťnej zmluvy
Priezvisko, meno poisteného	rodné číslo
Adresa
PSČ ☎	e-mail
Údaje o narodenom dieťati	
Priezvisko, meno dieťaťa	rodné číslo
Priezvisko, meno dieťaťa	rodné číslo
Priezvisko, meno dieťaťa	rodné číslo

Poistení berú na vedomie, že KOOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva ich osobné údaje, resp. osobné údaje pripoisteného dieťaťa (detí) uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s ich poisťnou zmluvou 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.

V..... dňa

..... úradne overený podpis poistenej matky osvojiteľky narodeného dieťaťa (detí)* číslo dokladu totožnosti úradne overený podpis poisteného otca osvojiteľa narodeného dieťaťa (detí)* 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.