



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 sídlaceho mimo Slovenskej republiky. Ak k poistnej udalosti dôjde mimo Slovenskej republiky, je oprávnená osoba na výplatu poistného plnenia povinná predložiť poistovní 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: KOOPERATIVA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, Štefanovičova 4, 816 23 Bratislava.

Údaje o poistenom a poistnej udalosti		
Číslo poistnej zmluvy (z poistky) .....	.....
Meno, priezvisko poisteného.....	rodné číslo .....	.....
Adresa	PSČ.....	.....
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	☎
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 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 poistovní 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 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 osoby ¹ , ktorá identifikovala klienta ²	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.

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.....

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

..... PSC
.....

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 poskytl(i) 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) *

***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 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 maloletemu e-mail.....

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
..... PSČ
.....

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 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 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 osoby⁵, ktorá identifikovala klienta⁶
osobné číslo al. registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

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.

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

Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo

Vzťah k maloletemu e-mail.....

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 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