



7203

Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poistnej udalosti:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

OZNÁMENIE O ÚMRTÍ POISTENÉHO

K vyplnenému oznámeniu priložte kópiu listu o prehliadke mŕtveho, kópiu úmrtného listu. V prípade, že úmrtie vyšetruvala polícia, priložte kópiu správy z vyšetrovania, ak ju už máte k dispozícii.

ÚDAJE O POISTENOM A POISTNEJ UDALOSTI

Číslo poistnej zmluvy: Meno a priezvisko poisteného:

Rodné číslo: / Adresa:

Dátum úmrtia poisteného: príčina úmrtia úraz choroba

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného:

VYPLŇTE IBA PRI ÚMRTÍ NÁSLEDKOM ÚRAZU

Dátum vzniku úrazu: Hodina: Miesto:

Došlo k úrazu pri výkone povolania? áno nie

Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu)

Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? áno nieBolo v súvislosti s poistnou udalosťou vedené policajné vyšetrovanie? áno nie

Adresa polície:

Mená a adresy svedkov úrazu

Vyplňte iba pri úrazovom poistení nemenovaných osôb, ktoré sú prepravované motorovým vozidlom:

druh vozidla výrobná značka ŠPZ

počet sedadiel počet prepravovaných osôb meno a adresa vlastníka motorového vozidla

..... meno a adresa vodiča

1. Oprávnená osoba na plnenie pri úmrtí poisteného

Priezvisko a meno: Rodné číslo: /

Vzťah k poistenému: Adresa:

PSČ: Telefón:

Poukážte na číslo účtu v tvare IBAN: SWIFT/BIC:

Názov účtu príjemcu:

Údaje overil (priezvisko hlavičkovým písmom a podpis):

2. Oprávnená osoba na plnenie pri úmrtí poisteného

Priezvisko a meno: Rodné číslo: /

Vzťah k poistenému: Adresa:

PSČ: Telefón:

Poukážte na číslo účtu v tvare IBAN: SWIFT/BIC:

Názov účtu príjemcu:

Údaje overil (priezvisko hlavičkovým písmom a podpis):

3. Oprávnená osoba na plnenie pri úmrtí poisteného

Priezvisko a meno: Rodné číslo: /.....
Vzťah k poistenému: Adresa:
PSČ: Telefón:
Poukážite na číslo účtu v tvare IBAN: SWIFT/BIC:
Názov účtu príjemcu:
Údaje overil (priezvisko hlavičkovým písmom a podpis):

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletej oprávnenej osoby na plnenie pri úmrtí poisteného

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: Rodné číslo: /.....
Vzťah k poistenému: Adresa:
PSČ: Telefón:
Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého
a som si vedomý dôsledkov, ak som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje.
Podpis zákonného zástupcu

Prehlasujem, že som na všetky otázky uvedené vo formulári odpovedal pravdivo a úplne a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť. Ako blízka osoba poisteného podľa §116 Obč. zákonníka týmto oprávňujem každého lekára, aby poskytol poisťovni informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa jeho zdravotného stavu, ktoré sú potrebné na plnenie z poistnej zmluvy. Poisťovateľ informuje dotknutú osobu, že jej osobné údaje spracúva 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) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovateľ informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kpas.sk.

V dňa

.....
podpisy oprávnených osôb (resp. jej zákonného zástupcu)