

## Oznámenie Poistnej udalosti

Poist'ovňa Slovenskej sporiteľne, a.s.  
Vienna Insurance Group

Tomášikova 48  
832 68 Bratislava 3  
IČO: 35 851 023

Zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 3085/B

Poistený

Poistka číslo

Č. poskytnutého úveru

(ak sa jedná o úver. poistenie)

### Smrť Poisteného

Dátum smrti :

Priložte tieto dokumenty:  
(originály prípadne notárom  
overené fotokópie)

- List o prehliadke mŕtveho
- Úmrtný list
- Pitevná správa zo súdnej pitvy (ak bola prevedená)
- Správa o výsledku vyšetrovania príslušného orgánu (ak bolo uskutočnené napr. vyšetrovanie policajným zborom)

Kde sa nachádza lekárska  
dokumentácia Poisteného?  
(meno lekára a adresa):

<b>Dôvod smrti</b>	<input type="checkbox"/> choroba <input type="checkbox"/> úraz <input type="checkbox"/> iná príčina	Uveďte bližšie (aká choroba, aký úraz, aká iná príčina?) a opis udalosti, pri ktorej smrť nastala.
		<input type="text"/>

<b>Nastala smrť v dôsledku požitia alkoholických alebo iných omamných látok?</b>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ak áno, uveďte podrobnosti – druh požitej látky? ‰ alkoholu v krvi? atď.
		<input type="text"/>

<b>Bola smrť vyšetovaná políciou?</b>	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	Ak áno, uveďte názov a adresu (telefónne číslo) vyšetrujúceho orgánu, prípadne číslo vyšetrovacieho spisu.
		<input type="text"/>

<b>V prípade úmrtia Poisteného v zdravotníckom zariadení (nemocnici) uveďte jeho názov a adresu.</b>	<input type="text"/>
--	----------------------

<b>Osoba uplatňujúca si nárok na Poistné plnenie:</b>  (uveďte meno a priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu, telefónne číslo)  <b>Poistné plnenie žiadam vyplatiť na číslo účtu:</b>  (uveďte číslo účtu, kód banky, prípadne špecifický symbol)	<input type="text"/>
--	----------------------

Vyhlasujem, že všetky mnou uvádzané údaje sú pravdivé a úplné a som si vedomá/vedomý dôsledkov neúplných a nepravdivých odpovedí na rozsah povinnosti Poistiteľa plniť.

Zároveň podpisom tejto listiny udeľujem v zmysle § 7 ods. 2 zákona č. 428/2002 Z. z. o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov Poistiteľovi súhlas so spracúvaním mojich osobných údajov v rozsahu osobných údajov uvedených na tejto listine, a to na účely činností, smerujúcich k uzatvoreniu Poistnej zmluvy a následného spravovania poistného vzťahu, na účely vykonávania marketingu a marketingového prieskumu a na iné účely, uvedené v poistných podmienkach Poistiteľa\* a na tie isté vyššie uvedené účely na ich odovzdávanie na spracovanie Skupine poisťovne, Zaisťiteľovi, iným poisťovniam, ich zaisťiteľom alebo tretím osobám, uvedeným v poistných podmienkach Poistiteľa\*, a to za podmienok, uvedených v poistných podmienkach Poistiteľa\*, ktoré sú súčasťou Poistnej zmluvy.

Poistník/Poistený podpisom tohto dokumentu vyhlasuje, že si je vedomý skutočnosti, že tento dokument sa považuje za doručený do Poist'ovne Slovenskej sporiteľne, a.s. Vienna Insurance Group až momentom jeho reálneho doručenia na adresu sídla Poist'ovne Slovenskej sporiteľne, a.s. Vienna Insurance Group, ktoré zabezpečuje tretia osoba.

\* Na účely tejto listiny sa poistnými podmienkami Poistiteľa rozumejú poistné podmienky Poistiteľa, ktoré tvoria súčasť ním uzatvorenej Poistnej zmluvy s číslom poistky uvedeným v záhlaví tohto tlačiva.

Miesto \_\_\_\_\_ dátum \_\_\_\_\_

notárom/matrikou overený podpis žiadateľa  
(Oprávnenej osoby)