

Poist'ovňa Slovenskej sporiteľne, a. s.

Vienna Insurance Group

Tomášikova 48

832 68 Bratislava

IČO: 35 851 023

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

Poistený	<input type="text"/>	Rodné číslo	<input type="text"/>
Adresa	<input type="text"/>	Číslo úveru	<input type="text"/>

Priložte tieto dokumenty: (originály prípadne úradne overené fotokópie)	Smrť Poisteného Dátum smrti: <ul style="list-style-type: none">List o prehládke mŕtvehoÚmrtný listPitevná správa zo súdnej pitvy (ak bola prevedená)Správa o výsledku vyšetrovania príslušného orgánu (ak bolo uskutočnené napr. vyšetrovanie policajným zborom)Kópia Úverovej zmluvy	Plná a trvalá invalidita Dátum vzniku plnej a trvalej invalidity: <ul style="list-style-type: none">Právoplatné rozhodnutie o priznaní invalidného dôchodku vystavené Sociálnou poisťovňouLekárske potvrdenie, ktoré potvrdzuje nevyhnutnosť inej osoby pri starostlivosti PoistenéhoZápisnica z rokovania posudkovej komisieKópia Úverovej zmluvy
--	---	---

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

Dôvod smrti	<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"/>

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

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

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

Osoba uplatňujúca si nárok na Poistné plnenie*: (uveďte meno a priezvisko, rodné číslo, adresu trvalého pobytu, telefónne číslo)	<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 povinností 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 poisťovňam, ich zaisťiteľom alebo tretím osobám, uvedeným v poistných podmienkach Poistiteľa**, a to za podmienok, uvedených v poistných podmienkach Poistiteľa**, ktoré sú súčasťou Poistnej zmluvy.

*) Pod Poistným plnením sa rozumie rozdiel medzi aktuálnou výškou pohľadávky voči SLSP a.s., ktorá bude vyplatená na číslo účtu: 2290062291/0900 a prípadným zostatkom finančných prostriedkov.

**) Na účely tejto listiny sa poistnými podmienkami Poistiteľa rozumujú poistné podmienky Poistiteľa, ktoré tvoria súčasť ním uzatvorenej Poistnej zmluvy.

Miesto _____ dátum _____

notárom/matrikou overený podpis žiadateľa
(Oprávnenej osoby)