

OZNÁMENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI zo životného poistenia

Číslo škodovej udalosti: _____

Poistník

Číslo poisťnej zmluvy, z ktorej si uplatňujete nárok na poistné plnenie:

Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:
Adresa:	Vzťah k poistenému:
E-mail:	Telefónne číslo:

Poistený

Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:
Adresa:	E-mail:*
Meno a adresa lekára, ktorý má záznamy o zdravotnom stave poisteného:	Telefónne číslo:

Oprávnená osoba v prípade smrti poisteného

*pre účel elektronickej komunikácie pri likvidácii škodových udalostí

Priezvisko, meno, titul:	Rodné číslo:
Adresa:	Vzťah k poistenému:
Číslo ID: (nutné priložiť kópiu dokladu totožnosti)	E-mail:
	Telefónne číslo:

Ste politicky exponovanou osobou? ** ☐ áno ☐ nie Ak áno uveďte Vaše postavenie:

Ak nie je v poisťnej zmluve oprávnená osoba určená, likvidácia postupuje v zmysle § 817 ods. 2 a 3 Občianskeho zákonníka.

Dátum vzniku udalosti:	Príčina udalosti:
Poistné plnenie žiadam poukázať:	
☐ bankovým prevodom - číslo účtu v tvare IBAN:	
☐ poštovým poukazom na adresu:	

**Politicky exponovanou osobou je fyzická osoba, ktorá je alebo bola vo významnej verejnej funkcii s celoštátnym alebo regionálnym významom (napr. hlava štátu, predseda vlády, minister, poslanec, primátor, predseda VÚC, starosta, sudca, veľvyslanec a pod.), a to vrátane fyzickej osoby, ktorá obdobnú funkciu vykonáva alebo vykonávala v inom štáte, v orgáne Európskej únie alebo v medzinárodnej organizácii, alebo osoba jej blízka (manžel, partner, rodič, syn/dcéra, zať/nevesta a pod.) alebo s ňou v blízkom podnikateľskom vzťahu (spoločník alebo skutočný majiteľ rovnakej právnickej osoby). Viac viď § 6 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu.

Vyhlasenie oprávnenej osoby:

Poistený/ oznamovateľ vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky jeho odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a žiadne informácie podstatné pre likvidáciu škodovej udalosti nezamĺčal a je si vedomý/á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a/alebo odpovedí na otázky poisťovne. Som si vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení, vrátane priložených dokladov, za účelom likvidácie škodovej udalosti. Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na www.union.sk. Splnomocňujem poisťovateľa oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie mojich lekárskejších správ a výpisov z zdravotnej dokumentácie týkajúcich sa úrazu alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi. Splnomocňujem poisťovateľa v prípade potreby vyžiadať si: a) informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni; b) výpis z účtu poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni; c) informácie o okolnostiach úrazu orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

Meno a priezvisko zamestnanca poisťovateľa, ktorý Oznámenie škodovej udalosti zo životného poistenia prevzal a svojím podpisom potvrdil overenie totožnosti oprávnenej osoby: _____

V _____ dňa _____ podpis oprávnenej osoby _____ pečiatka a podpis zamestnanca poisťovateľa _____

K uplatneniu nároku z poistenia je nutné predložiť nasledovné doklady (priložené doklady vyznačte krížikom):

Prirodzené úmrtie; smrť v dôsledku úrazu:

- ☐ overená kópia úmrtného listu
- ☐ kópia lekárskej alebo úradnej správy o príčine smrti, resp. kópia listu o prehliadke mŕtveho
- ☐ kópia lekárskej správy z hospitalizácie (ak úmrtie nastalo v nemocnici)
- ☐ kópia záverečného uznesenia policajného zboru (ak okolnosti smrti v dôsledku úrazu vyšetrovala polícia)
- ☐ kópia identifikačného dokladu oprávnenej osoby

☐ overená kópia úmrtného listu

☐ kópia lekárskej alebo úradnej správy o príčine smrti, resp. kópia listu o prehliadke mŕtveho

☐ overené čestné vyhlásenie zákonného zástupcu o osobnej celodennej starostlivosti o maloleté poistené dieťa

☐ potvrdenie o poberaní prídavku pre dieťa z Úradu práce, sociálnych vecí a rodiny

☐ kópia právoplatného rozhodnutia súdu (ak súd rozhodol o zverení maloletého dieťaťa do starostlivosti jedného rodiča, resp. kolízneho opatrovníka)

☐ kópia identifikačného dokladu oprávnenej osoby

V prípade viacerých oprávnených osôb je potrebné uviesť v tejto časti tlačiva ich osobné údaje a vlastnoručné podpisy (resp. podpisy ich zákonných zástupcov) a potvrdiť overenie ich totožnosti.

*Politicky exponovanou osobou je fyzická osoba, ktorá je alebo bola vo významnej verejnej funkcii s celoštátnym alebo regionálnym významom (napr. hlava štátu, predseda vlády, minister, poslanec, primátor, predseda VÚC, starosta, sudca, veľvyslanec a pod.), a to vrátane fyzickej osoby, ktorá obdobnú funkciu vykonáva alebo vykonávala v inom štáte, v orgáne Európskej únie alebo v medzinárodnej organizácii, alebo osoba jej blízka (manžel, partner, rodič, syn/dcéra, zat/nevesta a pod.) alebo s ňou v blízkom podnikateľskom vzťahu (spoločník alebo skutočný majiteľ rovnakej právnickej osoby). Viac viď § 6 zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu.

Poistený/ oznamovateľ vyhlasuje a svojím podpisom potvrdzuje, že všetky jeho odpovede a informácie uvedené v tomto oznámení sú pravdivé a úplné a žiadne informácie podstatné pre likvidáciu škodovej udalosti nezamĺchal a je si vedomý/á právnych dôsledkov uvedenia nepravdivých alebo neúplných informácií a / alebo odpovedí na otázky poisťovne. Som si vedomý/á, že v zmysle zákona o poisťovníctve poisťovateľ môže spracúvať moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení, vrátane priložených dokladov, za účelom likvidácie škodovej udalosti. Vyhlasujem, že som sa oboznámil/a so základnými informáciami o ochrane osobných údajov pre dotknutú osobu umiestnenými na www.union.sk. Splnomocňujem poisťovateľom oslovených lekárov a zdravotnícke zariadenia na poskytnutie mojich lekárskeho správ a výpisov zo zdravotnej dokumentácie týkajúcich sa úrazu alebo na ich zapožičanie, čím ich zároveň zbavujem povinnosti mlčanlivosti voči poisťovateľovi. Splnomocňujem poisťovateľa v prípade potreby vyžiadať si: a) informácie o mojom zdravotnom stave v Sociálnej poisťovni; b) výpis z účtu poistenca zdravotnej poisťovne v príslušnej zdravotnej poisťovni; c) informácie o okolnostiach úrazu orgánu polície, ktorý udalosť vyšetroval.

V _____ dňa _____

_____ podpis oprávnenej osoby

_____ pečiatka a podpis zamestnanca poisťovateľa