

Oznámenie Poistnej udalosti

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 prehliadke mŕtveho Úmrtný list Pitevná správa zo súdnej pitvy (ak bola prevedená) Správa o výsledku vyšetovania príslušného orgánu (ak bolo uskutočnené napr. vyšetovanie 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 poisťovňou Lekárske potvrdenie, ktoré potvrdzuje nevyhnutnosť inej osoby pri starostlivosti Poisteného Zápisnica z rokovania posudkovej komisie Kópia 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 vyšetovaná políciou?	<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"/>

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

Osoba nahlasujúca/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 povinnosti Poistiteľa plniť.

Beriem na vedomie, že Poistiteľ spracúva moje osobné údaje uvedené v tomto oznámení na účel správy a plnenia poistnej zmluvy 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 zákonom č. 18/2018 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov.

* 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.

Miesto _____ dátum _____

notárom/matrikou overený podpis žiadateľa
(Oprávnenej osoby)

Podpis overil:

Meno, priezvisko, osobné číslo a podpis poradcu SLSP: