

Poistná zmluva č.:																				
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Poistený: Meno, priezvisko a titul: _____	RČ: _____
Adresa: _____	PSČ: _____
Deň úmrtia poisteného: _____	
Priebeh poistnej udalosti: _____ _____	
K poistnej udalosti došlo	
1) v zamestnaní: _____	
2) v doprave: _____	
3) pri inej činnosti (uvedte akej): _____ _____ _____	
Prípud vyšetřovala polícia? Ak áno, uvedte presnú adresu: _____	
Mená a priezviská svedkov: _____ _____	
Meno a priezvisko kontaktnej osoby, ktorá nahlasuje úmrtie poisteného: _____	
Adresa: _____	
Tel. číslo: _____	E-mail: _____

Ž/396/23

Vyhlasenie:

Prehlasujem, že na všetky otázky som odpovedal(a) pravdivo a úplne a som si vedomý(á) dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťiteľa plniť. Beriem na vedomie, že UNIQA poisťovňa, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu spracúva moje osobné údaje na účely nahlásenia poistnej udalosti a následnej likvidácie poistnej udalosti, v rozsahu stanovenom v oznámení škodovej udalosti a dokladoch potrebných na posúdenie a likvidáciu škodovej udalosti a to v rámci výkonu činností súvisiacich s poisťovacou a zaistovacou činnosťou v zmysle platnej legislatívy a po dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich zo zmluvného vzťahu založeného poistnou zmluvou a súvisiacich so vzniknutou škodovou udalosťou. Spracúvanie mojich osobných údajov je v súlade s článkom 6 ods. 1 písm. b) a c) všeobecného nariadenia o ochrane osobných údajov Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov potrebné na plnenie tejto poistnej zmluvy ako aj zákonných povinností poisťiteľa pri výkone poisťovacej činnosti. Beriem na vedomie, že moje osobné údaje môžu byť poskytnuté aj iným subjektom podnikajúcim v oblasti poistenia, zaistenia a bankovníctva.

Vyhlasujem, že pri poskytnutí svojich osobných údajov poisťiteľovi UNIQA poisťovňa, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu som bol dostatočne a zrozumiteľne informovaný o svojich právach vyplývajúcich zo spracúvania mojich osobných údajov, o prenose osobných údajov do tretích krajín, o povinnosti osobné údaje poskytnúť v súvislosti so zákonnými alebo zmluvnými požiadavkami, ako aj o ďalších relevantných skutočnostiach.

Zároveň beriem na vedomie, že UNIQA poisťovňa, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu poskytuje všetky informácie týkajúce sa spracúvania osobných údajov na webovom sídle www.uniqa.sk/osobneudaje.

Sankčná klauzula

Bez ohľadu na všetky ostatné ustanovenia tejto poistnej zmluvy, poskytne poisťiteľ poistnú ochranu a poistné plnenie alebo iné plnenie z poistnej zmluvy iba v prípade, ak takýto postup nie je v rozpore so žiadnymi ekonomickými, obchodnými alebo finančnými sankciami a/alebo embargami Bezpečnostnej rady OSN, Európskej únie alebo akýmikolvek ustanoveniami vnútroštátnej legislatívy či legislatívy Európskej únie, ktorá sa uplatňuje na účastníkov poistného vzťahu založeného touto poistnou zmluvou. Toto ustanovenie sa vzťahuje aj na ekonomické, obchodné alebo finančné sankcie a/alebo embargá vydané Spojenými štátmi americkými alebo inými krajinami, pokiaľ nie sú v rozpore s legislatívou Európskej únie alebo vnútroštátnou legislatívou vzťahujúcou sa na účastníkov poistného vzťahu založeného touto poistnou zmluvou. Ustanovenia tejto sankčnej klauzuly sa vzťahujú rovnako aj na zaistné zmluvy.

V dňa: Podpis kontaktnej osoby:

Pokyny:

Spolu s vyplneným tlačivom je na korešpondenčnú adresu potrebné zaslať nasledovné dokumenty:

1. úradný doklad o úmrtí poisteného (úmrtný list),
2. lekárska správa o úmrtí poisteného (list o prehliadke mŕtveho),
3. relácia z polície (ak prebehlo vyšetrovanie),
4. v prípade úmrtia poisteného v nemocnici priložiť aj prepúšťaciu správu z hospitalizácie poisteného,
5. právoplatný rozsudok, ak bol poistený vyhlásený za mŕtveho (originál alebo overenú kópiu).

Korešpondenčná adresa: UNIQA poisťovňa, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Krasovského 3986/15, 851 01 Bratislava.

Časť A Základné údaje – identifikácia

Dolupodpísaný/á

Meno

Priezvisko

Adresa trvalého pobytu

Rodné číslo

Štátna príslušnosť

Číslo a druh preukazu totožnosti

Politicky exponovaná osoba

ÁNO NIE

ďalej len „osoba oprávnená na poistné plnenie“

Týmto ako (zaškrtnite správnu možnosť)

- Poistený/á
- Oprávnená osoba na prijatie poistného plnenia podľa poistnej zmluvy alebo osvedčenia o dedičstve
- Zákonný zástupca maloletého (priložte rodný list, ak ste ho doposiaľ poisťiteľovi neposkytli)
- Splnomocnený zástupca (priložte plnú moc)
- Ustanovený zástupca maloletého (priložte rozhodnutie súdu)

Žiadam o poskytnutie poistného plnenia na nasledovný bankový účet:

Číslo účtu v tvare IBAN

Názov banky/SWIFT

Majiteľ účtu*

*V prípade, ak majiteľ účtu a osoba oprávnená na poistné plnenie nie sú totožné osoby, uveďte identifikačné údaje majiteľa účtu:

Meno a priezvisko/Názov:

Dátum narodenia/IČO:

Štátna príslušnosť:

Vyhlásenie majiteľa účtu

Pozor: vyplniť, len ak sa jedná o osobu odlišnú od osoby uplatňujúcej nárok na poistné plnenie.

Týmto vyhlasujem, že súhlasím s poukázaním poistného plnenia z vyššie uvedenej poistnej zmluvy na môj bankový účet uvedený v tomto tlačive.

Dátum

Miesto podpisu

podpis majiteľa účtu

UNIQA linka: +421 232 600 100, e-mail: info@uniqa.sk, www.uniqa.sk

UNIQA poisťovňa, a.s., so sídlom Evropská 810/136, 160 00 Praha 6, Česká republika, IČO: 492 40 480, spoločnosť zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu v Prahe, oddiel B, vložka č. 2012, podnikajúca v Slovenskej republike prostredníctvom organizačnej zložky: UNIQA poisťovňa, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, so sídlom Krasovského 3986/15, 851 01 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 53 812 948, zapísaná v Obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, oddiel Po, vložka č. 8726/B

Vyhlásenie osoby oprávnenej na poistné plnenie:

Prehlasujem, že všetky mnou uvedené údaje sú aktuálne, úplné a pravdivé.

Beriem na vedomie, že UNIQA pojišťovna, a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu (ďalej ako „UNIQA“) spracúva moje osobné údaje uvedené v tomto dokumente, ako aj iné osobné údaje, poskytnuté v súvislosti s poistnou zmluvou, 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 príslušnými slovenskými právnymi predpismi.

Bol/a som informovaný/á že viac informácií o spracúvaní osobných údajov, mojich právach a možnostiach odvolania tohto súhlasu sú k dispozícii na www.uniqa.sk/osobneudaje.

Dátum

Miesto podpisu

Podpis osoby oprávnenej na poistné plnenie

Časť B Overenie identifikácie

Overením identifikácie sa v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a financovania terorizmu povinnou osobou (poisťovateľom) rozumie overenie údajov o fyzickej osobe oprávnenej na poistné plnenie) uvedených na tomto tlačive s údajmi v jej doklade totožnosti ako aj overenie podoby osoby s podobou v jej doklade totožnosti za jej fyzickej prítomnosti.

Overenie identifikácie môže byť nahradené úradne overeným podpisom osoby uplatňujúcej nárok na poistné plnenie podľa časti C tohto tlačiva.

Overenie identifikácie sa vykonáva v prípade, ak výška plnenia z uzavretej zmluvy životného poistenia presahuje sumu 1 000 €, a zároveň nepresahuje sumu 15 000 €. Overenie identifikácie osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie vykoná finančný agent na tomto formulári.

Vyplní zástupca poisťiteľa:

Prehlasujem, že som vykonal identifikáciu a overenie identifikácie osoby oprávnenej na poistné plnenie v zmysle zákona č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a to overením údajov a podobizne na základe preukazu totožnosti osoby za jej fyzickej prítomnosti.

Za poisťovateľa prevzal a totožnosť osoby overil:

Dátum

Miesto podpisu

Podpis a pečiatka zástupcu poisťiteľa

Časť C Úradné osvedčenie podpisu

V záujme ochrany práv osoby uplatňujúcej si nárok na poistné plnenie poisťovateľ požaduje úradné osvedčenie pravosti podpisu (matričným úradom alebo notárom) osoby uplatňujúcej nárok na poistné plnenie, a to v prípade, ak je výška poistného plnenia 15 000 € alebo viac.

Miesto pre úradné osvedčenie podpisu osoby oprávnenej na poistné plnenie:

Dátum

Miesto podpisu

Matričný úrad alebo notár