

AK na tlačíve nie je miesto na uvedenie všetkých oprávnených osôb na plnenie pri úmrtí poisteného, použite prosím na uvedenie ďalších oprávnených osôb fotokópiu druhej strany tlačíva, resp. si vyžiadajte ďalšie tlačívo od poisťovne.

2. Oprávnená osoba na plnenie pri úmrtí poisteného (vyplňuje 2. oprávnená osoba alebo jej zákonný zástupca)

Priezvisko a meno rodné číslo

Vzťah k poistenému Adresa

..... PSC ☎

Poistné plnenie žiadam poukázať na účet číslo kód banky

na adresu

V zmysle zákona o ochrane údajov súhlasím, aby KOOOPERATIVA poisťovňa, a. s. moje vyššie uvedené osobné údaje spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov. Ako blízka osoba poisteného podľa § 116 Obč. zákonníka týmto oprávňujem každého lekára, aby poskytol poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa jeho zdravotného stavu.

V dňa podpis 2. oprávnenej osoby

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletej 2. oprávnenej osoby na plnenie pri úmrtí poisteného

Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo

Vzťah k maloletemu ☎ do práce ☎ domov

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloleteho a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje. V zmysle zákona o ochrane údajov súhlasím, aby KOOOPERATIVA poisťovňa, a. s. moje vyššie uvedené osobné údaje spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.

V dňa podpis zákonného zástupcu 2. opráv. osoby

3. Oprávnená osoba na plnenie pri úmrtí poisteného (vyplňuje 3. oprávnená osoba alebo jej zákonný zástupca)

Priezvisko a meno rodné číslo

Vzťah k poistenému Adresa

..... PSC ☎

Poistné plnenie žiadam poukázať na účet číslo kód banky

na adresu

V zmysle zákona o ochrane údajov súhlasím, aby KOOOPERATIVA poisťovňa, a. s. moje vyššie uvedené osobné údaje spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov. Ako blízka osoba poisteného podľa § 116 Obč. zákonníka týmto oprávňujem každého lekára, aby poskytol poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa jeho zdravotného stavu.

V dňa podpis 3. oprávnenej osoby

Prehlásenie zákonného zástupcu maloletej 3. oprávnenej osoby na plnenie pri úmrtí poisteného

Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo

Vzťah k maloletemu ☎ do práce ☎ domov

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloleteho a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje. V zmysle zákona o ochrane údajov súhlasím, aby KOOOPERATIVA poisťovňa, a. s. moje vyššie uvedené osobné údaje spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poistnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.

V dňa podpis zákonného zástupcu 3. opráv. osoby

Údaje o úvere, pôžičke – iba pri vinkulácii poistného plnenia (vyplňuje poskytovateľ úveru, pôžičky)

Poskytovateľ úveru (pôžičky)

Adresa PSC ☎

Číslo úveru (pôžičky) na dobu od do výška úveru výška splátky

Periodicita splátok -mesačná, -štvrt'ročná, -polročná, -ročná, -iná:

Meno a priezvisko poisteného rodné číslo

Zostatok úveru (pôžičky) bez neuhradených splátok a úrokov splatných do dátumu úmrtia poisteného

Údaje pre výplatu vinkulovaného plnenia v prospech úveru (pôžičky):

Číslo účtu kód banky variabilný symbol konšt. symbol

..... dátum meno, priezvisko oprávneného pracovníka poskytovateľa úveru (pôžičky) pečiatka a podpis