

ŽIADOSŤ O VYPLATENIE POISTNÉHO PLNENIA V PRÍPADE ÚMRTIA

Číslo udalosti

Všetky dopisy, otázky a sťažnosti týkajúce sa poistných zmlúv je potrebné zaslať poisťovateľovi na adresu 4LifeDirect Štetinova 4, 811 06 Bratislava 1. Komunikáciu ohľadom sťažností a žiadostí medzi oboma stranami možno viesť písomne, ústne alebo v elektronickej podobe. Vo všetkých prípadoch je osoba povinná uviesť číslo poistnej zmluvy alebo iné údaje identifikujúce poistnú zmluvu, ktorej sa žiadosť týka. Písomná odpoveď bude zaslaná najneskôr do 30 (tridsiatich) dní od doručenia sťažnosti / požiadavky. Pokiaľ nebude poisťovateľ schopný zaslať odpoveď v uvedenej lehote, bude poistený informovaný spoločnosťou 4Life Direct o dôvodoch meškania reakcie a takisto o predpokladanom termíne odpovede, a to najneskôr v lehote 60 (šesťdesiatich) dní od doručenia sťažnosti.

VŠEOBECNÉ INFORMÁCIE

Tento formulár je určený pre žiadosť o vyplatenie poistného plnenia v prípade úmrtia poisteného.

1. Prosím, vyplňte dokument TLAČENÝM PÍŠMOM.
2. Prosím, odpovedzte na všetky otázky.
3. Zašlite, prosím, vyplnený formulár s úradne overeným podpisom oprávnenej osoby na nasledovnú adresu:

4Life Direct Insurance Services s.r.o.

Štetinova 4
811 06 Bratislava 1

4. Vyplňte sekcie 1-8, pokiaľ je v poistnej zmluve uvedených viacero oprávnených osôb, použite formulár pre ďalšie oprávnené osoby.
5. Poisťovateľ a spoločnosť 4Life Direct, si vyhradzuje právo prešetriť nahlásenú poistnú udalosť a zúžiť alebo rozšíriť rozsah potrebných dokumentov.

NEVYHNUTNÉ DOKUMENTY PRE VYPLATENIE POISTNÉHO PLNENIA

- Vyplnená žiadosť o poistné plnenie s úradne overeným podpisom žiadateľa.
- Lekárom potvrdená príčina úmrtia (napr. lekárska správa, pitevný protokol a pod.).

Pokiaľ bola dôvodom úmrtia nehoda, pripojte, prosím, aj nasledovné dokumenty:

- Lekárske správy vyhotovené po nehode.
- Zápisnica z nehody, pokiaľ bola vyhotovená.

1. OSOBNÉ ÚDAJE POISTENÉHO (ZOSNULÉHO)

Číslo zmluvy: _____

Meno a priezvisko: _____

Dátum narodenia: ____ - ____ - ____ Rodné číslo: _____ Číslo OP: _____

Adresa trvalého bydliska: _____

2. OSOBNÉ ÚDAJE OPRÁVNENEJ OSOBY

(Pokiaľ osoba, ktorá má nárok na poistné plnenie, nie je plnoletá, vyplňte osobné údaje rodiča / zákonného zástupcu, prípadne právneho zástupcu na základe plnej moci).

Meno a priezvisko: _____

Vzťah k zosnulej osobe: _____

Dátum narodenia: ____ - ____ - ____

KONTAKTNÉ ÚDAJE OPRÁVNENEJ OSOBY

Ulica a číslo domu: _____

Obec: _____ PSČ: _____

Telefón: _____ Email: _____

3. OSOBNÉ ÚDAJE OZNAMOVATEĽA POISTNEJ UDALOSTI (vyplňte v prípade, ak sa líšia od údajov oprávnenej osoby uvedenej vyššie)

Meno a priezvisko: _____

Vzťah k zosnulej osobe: _____

Dátum narodenia: ____ - ____ - ____

Ulica a číslo domu: _____

Obec: _____ PSČ: _____

Telefón: _____ Email: _____

4. POPIS UDALOSTI

Dátum úmrtia: ____ - ____ - _____

Príčina úmrtia: _____

Miesto úmrtia (nemocnica, doma, atď.): _____

5. VYPLŇTE V PRÍPADE ÚMRTIA Z DÔVODU NEHODY

K nehode prišlo dňa: ____ - ____ - _____ Miesto úmrtia: _____

Podrobne popíšte ako k nehode prišlo: _____

Vyšetruvala nehodu polícia Slovenskej republiky?

NIE ÁNO (Ak áno, priložte kópiu policajného protokolu/uznesenia/právomocný súdny rozsudok/záznam o chorobe z povolenia a pod.)

Adresa útvaru Polície, príp. rokovacie číslo prípadu: _____

6. NÁZOV A ADRESA ZDRAVOTNÍCKEHO ZARIADENIA (NEMOCNICE, PRAKT. LEKÁRA)

Názov: _____ Ulica a číslo domu: _____

Obec: _____ PSČ: _____

Telefón: _____ Email: _____

7. VYPLATENIE POISTNÉHO PLNENIA

Prevod na bankový účet:	Ste vlastníkom účtu? <input type="checkbox"/> ÁNO <input type="checkbox"/> NIE	Číslo účtu	Kód banky
--------------------------------	---	------------	-----------

Meno a priezvisko vlastníka účtu	
---	--




8. PODPIS

Prehlasujem a potvrdzujem svojím podpisom, že vyššie uvedené informácie zodpovedajú skutočnosti a sú kompletne. Beriem na vedomie a akceptujem, že mnou uvedené údaje spracuje poisťovateľ – spoločnosť Red Sands Insurance Company (Europe) Limited, so sídlom Level 3 Ocean Village Business Centre, 23 Ocean Village Promenade, Gibraltár, zapísaná v Companies House Gibraltar (Obchodný register v Gibraltári) pod registračným číslom 87598, prípadne v jej mene konajúca spoločnosť 4Life Direct. Som si vedomý/vedomá skutočnosti, že som svoje osobné údaje poskytol/poskytla dobrovoľne.

Týmto dávam súhlas so spracovaním osobných údajov zo strany poisťovateľa a 4Life Direct podľa nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracovaní osobných údajov a o voľnom pohybe týchto údajov a o zrušení smernice 95/46 / ES a iných platných právnych predpisov Slovenskej republiky, najmä zákona č. 18/2018 Zb., o ochrane osobných údajov v znení neskorších predpisov. Osobné údaje poistníka a poistenej osoby vrátane mena a priezviska, trvalého pobytu, bydliska, rodného čísla, priradeného, dátumu narodenia, miesta a okresu narodenia, štátnej príslušnosti, druhu a čísla dokladu totožnosti, kontaktné telefónne číslo, faxové číslo a e-mailové adresy sa spracovávajú na zmluvné účely a na dodržiavanie zákonných povinností poisťovateľa a 4Life Direct podľa príslušných zákonov o poistení a finančnom sprostredkovaní (na identifikáciu a overovanie totožnosti poisťovne a poistenca, ktorý vykonáva, chráni a presadzuje práva poisťovateľa a 4Life Direct na základe zmluvy a pod.).

Osobné údaje poistníka a poistenej osoby v rozsahu: meno a priezvisko, trvalý pobyt, adresa prechodného pobytu, kontaktné telefónne číslo, e-mailové adresy, sú spracované na účely priameho marketingu (vrátane kontaktovania prostredníctvom priamej pošty, automatizovaného volania a komunikačné systémy, e-mail, SMS) ako oprávnený záujem poisťovateľa a 4Life Direct. Vaše práva podliehajú GDPR a sú ďalej popísané na www.4lifedirect.sk a v informačnom dokumente priloženom k tejto aplikácii.

Potvrdzujem, že nie som politicky exponovaná osoba v zmysle § 6 zákona č. 297/2008 Z. z. O niektorých opatreniach týkajúcich sa niektorých opatrení proti legalizácii príjmov z trestnej činnosti a financovaniu terorizmu (ďalej len „AMLA“). Týmto potvrdzujem, že som bol informovaný o tom, že moje osobné údaje budú spracované aj na základe § 21 ods. 3 AMLA v rozsahu stanovenom v § 19 ods. 1 s cieľom vyhnúť sa a odhalit legalizáciu príjmu z trestnej činnosti a terorizmu spoločnosťou 4Life Direct a poisťovateľom ako povinnými subjektmi.

		
Miesto	Dátum	Úradne overený podpis poistenej osoby

TU PODPÍŠTE