

HLÁSENIE ŠKODOVEJ UDALOSTI PRE PRÍPAD ÚMRTIA

Číslo udalosti (vyplní 4Life Direct)

Všetky dopisy, otázky a sťažnosti týkajúce sa poisťných zmlúv je potrebné zaslať poisťovateľovi na adresu 4Life Direct, Dunajská 8, 811 08 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 poisťnej zmluvy alebo iné údaje identifikujúce poisťnú 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

1. Vyplňte, prosím, tlačivo PALIČKOVÝM PÍSMOM.
2. Odpovedzte, prosím, na všetky otázky.
3. Zašlite, prosím, vyplnené tlačivo s úradne overeným podpisom oprávnenej osoby na nasledovnú adresu:

4Life Direct Insurance Services s.r.o.

Dunajská 8
811 08 Bratislava 1

Poisťovateľ a spoločnosť 4Life Direct nepreplácajú náklady spojené so zaobstaraním požadovanej dokumentácie potrebnej pre účely likvidácie škodovej udalosti.

ZOZNAM POTREBNÝCH DOKUMENTOV

- Kompletne vyplnené tlačivo „Hlásenie škodovej udalosti“ s úradne overeným podpisom totožnosti každej oprávnenej osoby.
- Kópia úmrtného listu alebo oznámenie o úmrtí poisteného.
- Kópia listu o prehliadke mŕtveho a štatistické hlásenie o úmrtí.
- Pítevná správa (ak pitva bola vykonaná z dôvodu nejasnej príčiny úmrtia).

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

- Vyplnené tlačivo - Vyhlásenie lekára.
- Lekárske správy, pokiaľ boli vyhotovené po nehode.
- Zápisnica zamestnávateľa resp. Inšpektorátu práce, pokiaľ bola vyhotovená.
- Policajná správa, pokiaľ boli okolnosti úmrtia vyšetrované políciou.

* Poisťovateľ a spoločnosť 4Life Direct si vyhradzuje právo prešetriť nahlasovanú škodovú udalosť a zúžiť alebo rozšíriť rozsah potrebných dokumentov.

UPOZORNENIE: Bez doloženia požadovanej dokumentácie nebude škodová udalosť prešetrená.

1. OSOBNÉ ÚDAJE POISTENÉHO (ZOSNULÉHO)

Číslo zmluvy: _____

Meno a priezvisko: _____

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

2. OSOBNÉ ÚDAJE OPRÁVNENEJ OSOBY, KTORÁ SI UPLATŇUJE NÁROK NA POISTNÉ PLNENIE *

Meno a priezvisko: _____

Vzťah k zosnulej osobe: _____

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

Telefón: _____ Email: _____

ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA

Ulica a číslo domu: _____

Obec: _____ PSČ: _____

KOREŠPONDENČNÁ ADRESA (POKIAL JE INÁ, AKO ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA)

Ulica a číslo domu: _____

Obec: _____ PSČ: _____

* V prípade, že sú v poisťnej zmluve určené viaceré oprávnené osoby, vyplňte prosím aj formulár „Hlásenie škodovej udalosti pre prípad úmrtia – ďalšia oprávnená osoba“.

3. OSOBNÉ ÚDAJE OZNAMOVATEĽA (VYPLŇTE V PRÍPADE, AK SA LÍŠIA OD ÚDAJOV OPRÁVNENEJ OSOBY UVEDENEJ VYŠŠIE)

Meno a priezvisko: _____

KOREŠPONDENČNÁ ADRESA (POKIAL JE INÁ, AKO ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA)

Ulica a číslo domu: _____

Obec: _____ PSČ: _____

4. INFORMÁCIE O ÚMRTÍ POISTENÉHO (ZOSNULÉHO)

Dátum úmrtia: ____ - ____ - ____ Dátum nehody: ____ - ____ - ____

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

Adresa miesta úmrtia: _____

DÔVOD ÚMRTIA (PROSÍM, UVEĎTE, AKÉ DÔVODY VIEDLI K ÚMRTIU)

5. INFORMÁCIE O ORGÁNOCH VYKONÁVAJÚCICH VYŠETRENIA V SÚVISLOSTI S ÚMRTÍM (V PRÍPADE NEHODY)

V prípade, že v súvislosti s úmrtím vykonávala šetrenie polícia alebo iný kompetentný orgán, uveďte, prosím, aj kontakt na túto inštitúciu.

6. KONTAKT NA LEKÁRA, U KTORÉHO MALA POISTENÁ OSOBA VEDENÚ ZDRAVOTNÚ DOKUMENTÁCIU

Meno/názov inštitúcie: _____

Ulica a číslo domu: _____

Obec: _____ PSČ: _____

Telefón: _____ Email: _____

7. SPÔSOB VYPLATENIA POISTNÉHO PLNENIA

S cieľom urýchlenia vyplatenia poistného plnenia odporúčame zvoliť „Prevod na bankový účet“ ako spôsob vyplatenia poistného plnenia. Prosím, aby mi spoločnosť 4Life Direct zaslala poistné plnenie nasledovným spôsobom (vyberte si, prosím, jeden zo spôsobov vyplatenia).

PREVOD NA BANKOVÝ ÚČET

Meno majiteľa účtu: _____

Názov banky, v ktorej je účet vedený: _____

IBAN: _____

POŠTOVÝM POUKAZOM NA ADRESU:

Meno osoby oprávnenej na vyplatenie prostredníctvom poštového poukazu _____

Ulica a číslo domu: _____ PSČ: _____


Obec: _____

8. PODPIS

Prehlasujem, že všetky moje odpovede na písomne položené dotazy poisťovateľa uvedené v tomto formulári sú pravdivé a úplné a som si vedomý/á dôsledkov nepravdivých odpovedí na povinnosť poisťovateľa plniť.

Vaše osobné údaje sú spracovávané poisťovateľom a spoločnosťou 4Life Direct v súlade s nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 zo dňa 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb v súvislosti so spracovaním osobných údajov a o voľnom pohybe týchto údajov (ďalej len „GDPR“) a ďalšími platnými právnymi predpismi Slovenskej republiky. Vaše osobné údaje v rozsahu meno a priezvisko, trvalý pobyt, korešpondenčná adresa, rodné číslo, pokiaľ je pridelené, dátum narodenia, miesto a okres narodenia, štátna príslušnosť, druh a číslo dokladu totožnosti, kontaktné telefónne číslo, faxové číslo a e-mailová adresa sú spracovávané pre účely likvidácie škodovej udalosti, čo je nevyhnutné pre splnenie poisťovej zmluvy a pre dodržanie zákonných povinností poisťovateľa a spoločnosti 4Life Direct podľa príslušných zákonov o poisťovníctve a distribúcii poistenia. Vaše osobné údaje sú spracovávané po dobu likvidácie škodovej udalosti a následne uchované po dobu stanovenú príslušnými právnymi predpismi. Ďalšie informácie o spracovaní Vašich osobných údajov nájdete na internetovej stránke www.4lifedirect.sk.

Potvrdzujem, že nie som politicky exponovanou osobou v zmysle § 6 zákona č. 297/2008 Z.z. O niektorých opatreniach proti legalizácii výnosov z trestnej činnosti o financovaní terorizmu.

	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _		
Miesto	Dátum	Úradne overený podpis oprávnenej osoby	