

Meno a priezvisko poisteného:	Rodné číslo:
Bydlisko:	Telefón:
Úverová zmluva:	Škodová udalosť:

Oznámenie poistnej udalosti  
**SMRŤ V DÔSLEDKU CHOROBY A SMRŤ V DÔSLEDKU ÚRAZU**

**časť A. VYPLNÍ POZOSTALÝ (doplňte požadované údaje)**

Dátum čerpania úveru poisteným:	Dátum úmrtia poisteného:	
<b>Ošetrojúci (praktický) lekár poisteného:</b>		
Priezvisko, meno: _____	Telefón: _____	
Adresa lekára: _____	e-mail: _____	
<b>Údaje o pozostalom:</b>		
Priezvisko, meno: _____	Telefón: _____	
Adresa: _____	e-mail: _____	
<b>Váš vzťah k poistenému</b> <input type="checkbox"/> manžel/ka <input type="checkbox"/> iný – uveďte: _____		
<b>Notár poverený pozostalostným konaním:</b> (vyplňte, ak bol notár k danému konaniu určený)		
Priezvisko, meno: _____	Telefón: _____	
Adresa: _____	e-mail: _____	
<b>Žiadosť o výplatu poistného plnenia na účet:</b>		
Žiadam o výplatu poistného plnenia prevodom finančných prostriedkov na účet:		
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
predčíslenie (ak je uvedené)	číslo účtu	kód banky
<i>Bezhotovostné spracovanie platieb umožní skrátenie termínu výplaty o niekoľko dní.</i>		
<b>Prehlásenie pozostalého:</b>		
<p>Prehlasujem, že svoje osobné údaje vo vyššie uvedenom rozsahu poskytujem dobrovoľne poisťovni (Česká poisťovňa a.s. a Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s.) a súhlasím s ich spracovaním za účelom a po dobu šetrenia poistnej udalosti a počas doby nevyhnutnej pre realizáciu a ochranu práv a povinností z poistenia dojednaného medzi spoločnosťami Home Credit Slovakia, a.s. a Česká pojišťovna ZDRAVÍ a.s., popr. Česká pojišťovna a.s.</p> <p>Poisťovňa spracúva osobné údaje v súlade so zákonom č. 101/2000 Sb., o ochrane osobných údajů, v znení neskorších predpisov (ďalej len „zákon“), a to automatizovaným spôsobom i manuálne. Osobní údaje sú spracúvané za účelom poisťovacej činnosti a ďalších činností, ku ktorým je poisťovňa v súlade s právnymi predpismi oprávnená. Poisťovňa spracúva len správne a aktuálne osobné údaje a má povinnosť spracúvané osobné údaje aktualizovať. Môžete požiadať poisťovňu o informáciu o spracúvaní Vašich osobných údajov. Pokiaľ si myslíte, že sú Vaše osobné údaje spracúvané v rozpore so zákonom alebo ochranou súkromného a osobného života, môžete požiadať poisťovňu o vysvetlenie, resp. môžete požadovať odstránenie nesprávneho stavu. Ak je Vaša žiadosť oprávnená, poisťovňa nesprávny stav bezodkladne odstráni.</p> <p>V prípade nevyhovenia Vašej žiadosti máte možnosť obrátiť sa na Úrad pre ochranu osobných údajov v Českej republike.</p>		
Dátum:	Podpis pozostalého:	

K vyplnenému a podpísanému formuláru priložte nasledujúce dokumenty a odošlite ich na kontaktnú adresu:

- Lekárom vyplnená časť B. tohto formulára
- Vyplnená časť C. tohto formulára s priloženou kópiou požadovaných dokladov
- Kópia úmrtného listu
- Kópia listu o prehliadke mŕtveho
- Kópia policajného protokolu (v prípade, že k úmrtiu došlo v súvislosti s dopravnou nehodou alebo spáchaním trestného činu)

Náklady na vystavenie príslušných potvrdení nesie pozostalý.

## LEKÁRSKA SPRÁVA

**časť B. VYPLNÍ LEKÁR (podľa dostupnej zdravotnej dokumentácie)**

### Pacient/ka:

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_

Rodné číslo: \_\_\_\_\_

### Zdravotný stav pacienta/ky:

Dátum úmrtia: \_\_\_\_\_

Diagnóza (zn. MKN-10 i slovne): \_\_\_\_\_

Úmrtí zapôsobené chorobou  úrazom

Išlo o prvý záchyt ochorenia alebo úrazu ÁNO  NIE  Dátum prvého záchytu: \_\_\_\_\_

Išlo o následky úrazu z minulosti ÁNO  NIE  Dátum vzniku úrazu: \_\_\_\_\_

Dátum vystavenie: \_\_\_\_\_

Pečiatka a podpis lekára: \_\_\_\_\_

Náklady na vystavenie tohto potvrdenia nesie pozostalý.

**IDENTIFIKÁCIA OPRAVNENÉ OSOBY PRO VÝPLATU POISTNÉHO PLNENIA Z POISTENIA SMRTI**
**časť C. VYPLNÍ POZOSTALÝ / DĚDIC – ďalej len „klient“ (doplňte požadované údaje)**
**Identifikácie klienta:**

Meno a priezvisko: \_\_\_\_\_ Pohlavie: \_\_\_\_\_

Adresa trvalého / iného pobytu: \_\_\_\_\_

Rodné číslo (popř. u cizinců datum narození): \_\_\_\_\_ Politicky exponovaná osoba alebo vzťah k nej: ÁNO  NIE 

Priložte kópiu dokladu: občiansky preukaz  cestovný pas  povolenie k pobytu  vodičský preukaz 

Číslo dokladu: \_\_\_\_\_ Vydal (stát, popr. orgán): \_\_\_\_\_ Platnosť do: \_\_\_\_\_

Miesto narodenia: \_\_\_\_\_ Štátne občianstvo: \_\_\_\_\_

**Vyhlasenie fyzickej osoby o daňovom rezidentstve:**

Vyplnením TIN/DIČ: \_\_\_\_\_ vyhlasujete, že ste daňovým rezidentom mimo územia Slovenskej republiky.

*Vyplnením TIN / DIČ vyhlasujete, že ste daňovým rezidentom mimo SR. Ak nie je uvedený TIN / DIČ a súčasne je miesto narodenia, bydlisko alebo kontaktná adresa ovládajúci osoby / väčšinového vlastníka mimo SR, prosíme o kópiu niektorého z nasledujúcich dokladov: občiansky preukaz, pas alebo iný oficiálny doklad potvrdzujúci občianstvo iného štátu; v prípade miesta narodenia v USA ešte kópiu potvrdenia o strate občianstva USA alebo písomné vysvetlenie, prečo došlo k strate alebo nenadobudnutí tohto občianstva a v dôsledku toho neuvedení TIN. Súhlas s zaobstaraním kópie potvrdíte svojim podpisom priamo na kópiu dokladu.*

Uveďte štát, ktorého ste daňovým rezidentom: \_\_\_\_\_

**Ak fyzická osoba vystupuje vo vzťahu ako podnikateľ, vyplňte navyše:**

Obchodná firma alebo názov: \_\_\_\_\_

Miesto podnikania: \_\_\_\_\_ IČO: \_\_\_\_\_

**Vyplňte v prípade identifikácie právnickej osoby:**

Obchodná firma alebo názov (vrátane dodatku): \_\_\_\_\_

Sídlo: \_\_\_\_\_ IČO: \_\_\_\_\_

Krajina pôvodu (vyplňte všetky krajiny pôvodu podľa priloženej definície okrem členských štátov Európskej únie alebo Európskeho hospodárskeho priestoru): \_\_\_\_\_

Zoznam členov štatutárneho orgánu – priložte platný výpis z obchodného registra (OR).

Fyzická osoba koná na základe: výpis z OR / spoločenská zmluva  plná moc  poverenia  organizačné zaradenie / pracovná zmluva   
príslušný dokument priložte

Potvrďujem, že všetky vyššie uvedené údaje sú úplné a pravdivé, že som nezamlchal/a žiadne dôležité údaje, ktoré mi sú alebo môžu byť známe, a zaväzujem sa bez zbytočného odkladu nahlásiť poisťovni ich zmenu. Zároveň potvrdzujem, že som bol/a pred vykonaním identifikácia zoznamený/á s definíciou skutočného majiteľa a politicky exponovanej osoby. Prehlasujem, že pokiaľ nie je v rámci identifikácie uvedené inak, nie som politicky exponovaná osoba.

Dátum:

Podpis:

**Politicky exponovanou osobou sa rozumie:**

a) fyzická osoba, ktorá je alebo bola \* vo významnej verejnej funkcii s celoštátnym alebo regionálnym významom, ako je najmä hlava štátu, predseda vlády, vedúci ústredného orgánu štátnej správy a jeho zástupca (námestník, štátny tajomník), člen parlamentu, člen riadiaceho orgánu politickej strany, vedúci predstaviteľ územnej samosprávy, sudca najvyššieho súdu, ústavného súdu alebo iného najvyššieho justičného orgánu, proti ktorého rozhodnutie všeobecne až na výnimky rušia opravné prostriedky, člen bankovej rady centrálnej banky, vysoký dôstojník ozbrojených síl alebo zboru, člen alebo zástupca člena, ak je ním právnická osoba, štatutárneho orgánu obchodnej korporácie ovládané štátom, veľvyslanec alebo vedúci diplomatickej misie, alebo fyzická osoba, ktorá obdobnú funkciu vykonáva alebo vykonávala v inom štáte, v inštitúcii Európskej únie alebo v medzinárodnej organizácii,

b) fyzická osoba, ktorá je

1. osobou blízkou \*\* k osobe uvedenej v písmene a),
2. spoločníkom alebo skutočným majiteľom rovnakej právnickej osoby, poprípade zvereneckého fondu alebo iného právneho usporiadania bez právnej osobnosti, ako osoba uvedená v písmene a), alebo je o nej povinnej osobe známe, že je v akomkoľvek inom blízkom podnikateľskom vzťahu s osobou uvedenou v písmene a), alebo
3. skutočným majiteľom právnickej osoby, poprípade zvereneckého fondu alebo iného právneho usporiadania bez právnej osobnosti, o ktorých je povinné osobe známe, že boli vytvorené v prospech osoby uvedenej v písmene a).

\* osoba, ktorá v posledných 12 mesiacoch zastávala významnú verejnú funkciu s celoštátnym alebo regionálnym významom

\*\* osoba blízka je definovaná v § 22 zákona Českej republiky č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku ako príbuzný v priamom rade, súrodenec a manžel alebo partner podľa iného zákona upravujúceho registrované partnerstvo (ďalej len „Partner“); iné osoby v rodinnom alebo obdobnom pomere

**Identifikácia klienta**

- FATCA – Foreign Account Tax Compliance Act – je platný zákon Spojených štátov amerických, podľa ktorého sa sleduje, či klienti sú, alebo nie sú daňovo povinní voči Spojeným štátom americkým. Ak je klient daňovo povinný, je označovaný ako daňový rezident, čo znamená, že má povinnosť priznávať dane na území Spojených štátov amerických. V takom prípade je nevyhnutné do formulára na identifikáciu a kontrole klienta vyplniť číslo TIN.
- TIN – Tax identification number – federálne daňové identifikačné číslo daňového rezidenta USA. Potrebné pre FATCA identifikáciu klienta.
- GIIN – federálny daňový identifikačný číslo pro právnickej osoby.
- IRS – úrad pre Daňovú správu Spojených štátov amerických (Internal Revenue Service).
- USA – Spojené štáty americké.
- CRS – Common Reporting Standard – medzinárodná dohoda o automatickej výmene informácií o finančných účtoch.
- DIČ – daňové identifikačné číslo klienta v konkrétnej krajine (mimo SR).
- Daňový rezident – daňovo povinná osoba, ktoré má povinnosť priznávať dane na území konkrétneho štátu. V štáte, kde je osoba daňovým rezidentom, zdaňuje svoje všetky príjmy. Potvrdenie o daňovom domicile (príslušnosti) môže na požiadanie vystaviť daňový úrad v krajine, kde je klient daňovým rezidentom.

Krajinou pôvodu je štát, ktorého je fyzická osoba štátnym príslušníkom, a tiež štát, v ktorom je fyzická osoba prihlásená na dlhodobý alebo trvalý pobyt.