



Ak na tlačivo nie je miesto na uvedenie všetkých oprávnených osôb na plnenie pri úmrtí poisteného, použite prosím na uvedenie ďalších oprávnených osôb fotokópiu druhej strany tlačiva, resp. si vyžiadajte ďalšie tlačivo 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 .....

..... PSČ ..... ☎

Poistné plnenie žiadam poukázať na účet číslo ..... kód banky .....

na adresu .....

V zmysle zákona o ochrane údajov súhlasím, aby Komunálna 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 i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovni 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 maloletému ..... ☎ do práce ..... ☎ domov .....

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého ..... a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje. V zmysle zákona o ochrane údajov súhlasím, aby Komunálna 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 .....

..... PSČ ..... ☎

Poistné plnenie žiadam poukázať na účet číslo ..... kód banky .....

na adresu .....

V zmysle zákona o ochrane údajov súhlasím, aby Komunálna 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 i Sociálnu poisťovňu, aby poskytli poisťovni 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 maloletému ..... ☎ do práce ..... ☎ domov .....

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého ..... a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje. V zmysle zákona o ochrane údajov súhlasím, aby Komunálna 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 ..... PSČ ..... ☎

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

Periodicita splátok -mesačná, -štvrtročná, -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