

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## OZNÁMENIE O VZNIKU POHREBNÝCH NÁKLADOV

Oznámenie vyplňuje oprávnená osoba na poistné plnenie pri úmrtí poisteného, ktorej podľa zmluvných dojednaní vznikli náklady súvisiace s pohrebom poisteného. K vyplnenému oznámeniu priložte poistku k poistnej zmluve, kópiu úmrtného listu a doklady o vzniku a výške nákladov na pohreb poisteného. Uvedené doklady zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie PU PO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava.

Údaje o poistenom a poistnej udalosti	
Číslo poistnej zmluvy (z poistky) .....	Meno, priezvisko poisteného .....
rodné číslo .....	adresa .....
	PSČ .....
Dátum úmrtia poisteného .....	Vzniknuté náklady na pohreb vo výške .....
Oprávnená osoba na plnenie pri úmrtí poisteného, ktorej vznikli náklady súvisiace s pohrebom poisteného.	
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 poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa jeho zdravotného stavu.	
V .....	dňa ..... podpis oprávnenej osoby .....
Oprávnená osoba na plnenie pri úmrtí poisteného (vyplňuje 2. oprávnená osoba), ktorej vznikli náklady súvisiace s pohrebom poisteného.	
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 poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa jeho zdravotného stavu.	
V .....	dňa ..... podpis 2. oprávnenej osoby .....
3. Oprávnená osoba na plnenie pri úmrtí poisteného (vyplňuje 3. oprávnená osoba), ktorej vznikli náklady súvisiace s pohrebom poisteného	
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 poisťovní informácie, zdravotnú dokumentáciu, týkajúcu sa jeho zdravotného stavu.	
V .....	dňa ..... podpis 3. oprávnenej osoby .....

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.