

1. OPRÁVNENÁ OSOBA NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO

(ak má na plnenie nárok viac oprávnených osôb, vyplňte časť formuláru pre ďalšie oprávnené osoby na plnenie pri úmrtí poisteného)

Meno a priezvisko: Rodné číslo:/.....

Štátna príslušnosť: Vzťah k poistenému:

Adresa: PSC:

Telefón: e-mail:

Je oprávnená osoba politicky exponovanou osobou? nie áno³Je oprávnená osoba sankcionovanou osobou? nie áno⁴**POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)**

Poistné plnenie žiadam poukázať:

<input type="checkbox"/> na účet (IBAN)																				Názov banky
<input type="checkbox"/> áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu	<input type="checkbox"/> nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám, uveďte vlastníka účtu a vzťah																			
<input type="checkbox"/> na OPU účet																				Meno poistníka

Prehlasujem, že som na všetky otázky uvedené vo formulári odpovedal pravdivo a úplne a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. 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, ktoré sú potrebné na plnenie z poistnej zmluvy.

Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poistnou zmluvou v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kpas.sk.

V dňa

overený podpis 1. oprávnenej osoby
resp. jej zákonného zástupcu*

číslo dokladu totožnosti

* Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať len zamestnanec spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group na jej obchodnom mieste, pobočke alebo priamo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaistenia.

.....
dátum a podpis osoby,
ktorá identifikovala klienta.....
čitateľné meno a priezvisko/názov osoby⁵,
ktorá identifikovala klienta⁶.....
osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby,
ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy**SÚHLAS 1. OPRÁVNENEJ OSOBY, RESP. JEJ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU NA VYSPORIADANIE DLHU NA POISTNOM**

Nižšie podpísaný (meno a priezvisko): Rodné číslo:/.....

týmto pristupujem k záväzku poistníka, resp. dedičov poistníka (ak bol súčasne poisteným) z predmetnej poistnej zmluvy číslo:

..... na úhradu dlžného poistného.

Zároveň dávam súhlas, aby si spoločnosť KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group pohľadávku na dlžnom poistnom jednostranne započítala voči môjmu nároku na poistné plnenie z predmetnej poistnej zmluvy.

V dňa

overený podpis 1. oprávnenej osoby
resp. jej zákonného zástupcu*

číslo dokladu totožnosti

* Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať len zamestnanec spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group na jej obchodnom mieste, pobočke alebo priamo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaistenia.

.....
dátum a podpis osoby,
ktorá identifikovala klienta.....
čitateľné meno a priezvisko/názov osoby⁵,
ktorá identifikovala klienta⁶.....
osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby,
ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy³ V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)⁴ V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)⁵ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.⁶ V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.

PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETEJ OPRÁVNENEJ OSOBY NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO
(vyplňuje zákonný zástupca maloletého)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: Rodné číslo:/.....

Adresa trvalého pobytu: PSČ:

Štátna príslušnosť: Vzťah k maloletému:

Telefón: e-mail:

Je zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou? nie áno⁷

Je zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou? nie áno⁸

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého:
a som si vedomý dôsledkov, ak som uviedol (a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poistnou zmluvou v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kpas.sk.

V dňa
..... podpis zákonného zástupcu druh a číslo dokladu totožnosti

⁷ V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

⁸ V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

ĎALŠIA OPRAVNENÁ OSOBA NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO

Meno a priezvisko: Rodné číslo:/.....
 Štátna príslušnosť: Vzťah k poistenému:
 Adresa: PSC:
 Telefón: e-mail:
 Je oprávnená osoba politicky exponovanou osobou? nie áno⁹
 Je oprávnená osoba sankcionovanou osobou? nie áno¹⁰

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Poistné plnenie žiadam poukázať:

<input type="checkbox"/> na účet (IBAN)		Názov banky
<input type="checkbox"/> áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu	<input type="checkbox"/> nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám, uveďte vlastníka účtu a vzťah	
<input type="checkbox"/> na OPU účet		Meno poistníka

Prehlasujem, že som na všetky otázky uvedené vo formulári odpovedal pravdivo a úplne a že som si vedomý dôsledkov nesprávnych odpovedí na povinnosť poisťovne plniť. 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, ktoré sú potrebné na plnenie z poistnej zmluvy.

Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poistnou zmluvou v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kpas.sk.

V dňa
overený podpis ďalšej oprávnenej osoby
resp. jej zákonného zástupcu* číslo dokladu totožnosti

* **Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať len zamestnanec spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group na jej obchodnom mieste, pobočke alebo priamo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaistenia.**

.....
 dátum a podpis osoby,
 ktorá identifikovala klienta

.....
 čitateľné meno a priezvisko/názov osoby¹¹,
 ktorá identifikovala klienta¹²

.....
 osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby,
 ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

SÚHLAS ĎALŠEJ OPRAVNENEJ OSOBY, RESP. JEJ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU NA VYSPORIADANIE DLHU NA POISTNOM

Nižšie podpísaný (meno a priezvisko): Rodné číslo:/.....
 týmto pristupujem k záväzku poistníka, resp. dedičov poistníka (ak bol súčasne poisteným) z predmetnej poistnej zmluvy číslo:
 na úhradu dlžného poistného.
 Zároveň dávam súhlas, aby si spoločnosť KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group pohľadávku na dlžnom poistnom jednostranne započítala voči môjmu nároku na poistné plnenie z predmetnej poistnej zmluvy.

V dňa
overený podpis ďalšej oprávnenej osoby
resp. jej zákonného zástupcu* číslo dokladu totožnosti

* **Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať len zamestnanec spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group na jej obchodnom mieste, pobočke alebo priamo v sídle spoločnosti alebo finanční agenti v sektore poistenia a zaistenia.**

.....
 dátum a podpis osoby,
 ktorá identifikovala klienta

.....
 čitateľné meno a priezvisko/názov osoby¹¹,
 ktorá identifikovala klienta¹²

.....
 osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby,
 ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

⁹ V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

¹⁰ V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

¹¹ V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

¹² V prípade podriadeného finančného agenta sa uvádza aj meno a priezvisko/názov samostatného finančného agenta, s ktorým má uzatvorenú zmluvu o sprostredkovaní. Zároveň sa uvádza obchodný názov firmy, pre ktorú pracuje.

PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETEJ OPRÁVNENEJ OSOBY NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO
(vyplňuje zákonný zástupca maloletého)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: Rodné číslo:/.....

Adresa trvalého pobytu: PSČ:

Štátna príslušnosť: Vzťah k maloletému:

Telefón: e-mail:

Je zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou? nie áno¹³

Je zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou? nie áno¹⁴

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého:
a som si vedomý dôsledkov, ak som uviedol (a) v prehlásení nepravdivé údaje.

Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group spracúva osobné údaje uvedené v tomto oznámení ako aj iné osobné údaje poskytnuté v súvislosti s poistnou zmluvou v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň poisťovňa informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kpas.sk.

V dňa
..... podpis zákonného zástupcu druh a číslo dokladu totožnosti

¹³ V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

¹⁴ V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)