

Vyplní poisťovňa:

Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

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



ŽIADOSŤ O VÝPLATU POISŤNEJ SUMY V PRÍPADO DOŽITIA S JEDNORAZOVÝM PLNENÍM „NÁVRATKA“

V prípade, ak sa poistenie vzťahuje na maloletého, vyplní tento dokument jeho zákonný zástupca.

ÚDAJE O POISTENOM (vyplňuje poistený, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Číslo poisťnej zmluvy/zmlúv: Dátum dožitia:

Meno a priezvisko poisteného: Rodné číslo:/.....

Štátna príslušnosť:

Adresa: PSČ:

Telefón: e-mail:

Je poistený politicky exponovanou osobou? nie áno¹

Je poistený sankcionovanou osobou? nie áno²

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

Poisťné plnenie žiadam poukázať:

na účet (IBAN) Názov banky

áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám, uveďte vlastníka účtu a vzťah

na OPU účet Meno poistníka

PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETÉHO POISTENÉHO (vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného)

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

Adresa trvalého pobytu: PSČ:

Štátna príslušnosť: Vzťah k maloletému:

Telefón: e-mail:

Je zákonný zástupca poisteného politicky exponovanou osobou? nie áno³

Je zákonný zástupca poisteného sankcionovanou osobou? nie áno⁴

Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého a som si vedomý dôsledkov, ak by 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 poisťnou 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

¹ V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

² V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

³ 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)

Čestne vyhlasujem, že na daňové účely som daňovým rezidentom:

Slovenskej republiky

Iného štátu:* DIC (TIN):**

Ak ste daňovým rezidentom iného štátu a požadujete zdaníť výnos z výplaty poistnej sumy z dožitia v danom štáte, je potrebné priložiť fotokópiu potvrdenia o daňovej rezidencii. V prípade, ak nám požadované nebude doložené, výplata bude zdanená podľa platného zákona Slovenskej republiky o dani z príjmov c. 595/2003 Z.z.

* Uviest' názov štátu

** Ak bolo pridelené prosíme priložiť fotokópiu potvrdenia o daňovej rezidencii (napr. v SR: Osvedčenie o registrácii a pridelení daňového identifikačného čísla)

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. 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 poisteného číslo dokladu totožnosti
 resp. zákonného zástupcu poisteného*

* **Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať 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 zaisťovania (namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike).**

.....
 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

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.