



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

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

OZNÁMENIE O ÚMRTÍ POISTENÉHO

K vyplnenému oznámeniu priložte overenú kópiu listu o prehliadke mŕtveho, overenú kópiu úmrtného listu. V prípade, že úmrtie vyšetrovala polícia, priložte kópiu správy z vyšetrovania, ak ju už máte k dispozícii.

ÚDAJE O POISTENOM A POISŤNEJ UDALOSTI

Číslo poisťnej zmluvy:

Meno a priezvisko poisteného: Rodné číslo: /

Štátna príslušnosť:

Adresa: PSČ:

Bol poistený politicky exponovanou osobou? nie áno¹Bol poistený sankcionovanou osobou? nie áno²Dátum úmrtia poisteného: príčina úmrtia úraz choroba

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného:

Meno a adresa notára, ktorý sa zaoberá pozostalosťou po poistenom:

VYPLŇTE IBA PRI ÚMRTÍ NÁSLEDKOM ÚRAZU

Dátum vzniku úrazu: Hodina: Miesto:

Došlo k úrazu pri výkone povolania? áno nie

Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu):

Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? áno nie Bolo v súvislosti s poisťnou udalosťou vedené policajné vyšetrovanie? áno nie

Adresa polície:

Mená a adresy svedkov úrazu:

Vyplňte iba pri úrazovom poistení nemenovaných osôb, ktoré sú prepravované motorovým vozidlom:

druh vozidla: výrobná značka: ŠPZ:

počet sedadiel: počet prepravovaných osôb:

meno a adresa vlastníka motorového vozidla:

meno a adresa vodiča:

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)

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: PSČ:

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 číslo dokladu totožnosti
resp. jej zákonného zástupcu*

* 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 zaistenia (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

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 číslo dokladu totožnosti
resp. jej zákonného zástupcu*

* 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 zaistenia (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

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)

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 poisťovni 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 číslo dokladu totožnosti
 resp. jej zákonného zástupcu*

* **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 zaistenia (namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike).**

.....
 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 číslo dokladu totožnosti
 resp. jej zákonného zástupcu*

* **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 zaistenia (namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike).**

.....
 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)