



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poistnej udalosti:

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

PREHLÁSENIE OSOBY Z DEDIČSKÉHO KONANIA K OZNÁMENIU O VZNIKU POISTNEJ UDALOSTI

K vyplnenému tlačivu priložte fotokópiu právoplatného uznesenia dedičského konania s fotokópiou občianskeho preukazu, zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie ÚPO, Štefánikova 17, 811 05 Bratislava.

ÚDAJE O POISTENOM (vyplňte údaje o poistenom z predmetnej poistnej zmluvy)

Číslo poistnej zmluvy:

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

Štátna príslušnosť:

Adresa: PSČ:

Bol poistený politicky exponovanou osobou? nie áno¹

Bol poistený sankcionovanou osobou? nie áno²

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)

ÚDAJE O DEDIČSKOM KONANÍ

Číslo dedičského konania:

Uznesenie nadobudlo právoplatnosť dňa: Okresný súd:

Meno a priezvisko notára:

Adresa: PSČ:

Telefón: e-mail:

PREHLÁSENIE OSOBY Z DEDIČSKÉHO KONANIA (vyplňuje dedič zo zákona)

Meno a priezvisko: Rodné číslo:/.....

Adresa trvalého pobytu: PSČ:

Štátna príslušnosť: Vzťah k poistenému:

Telefón: e-mail:

Ste politicky exponovanou osobou? nie áno³

Ste 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 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 dediča resp. zákonného zástupcu druh a číslo dokladu totožnosti

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)

POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje osoba z dedičského konania)

Poistné plnenie žiadam poukázať:

<input type="checkbox"/> na účet (IBAN)	<input type="checkbox"/> 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. 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.

Súhlas so spracúvaním osobných údajov

Poistený označený v tejto poistnej zmluve udeľujem súhlas spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, so sídlom: Štefánikova 17, 811 05 Bratislava, IČO: 31 595 545, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č. 3345/B (ďalej len „Spoločnosť“), aby spracúvala moje osobné údaje týkajúce sa môjho zdravotného stavu a to ich zisťovaním a preverovaním (a následným spracúvaním týchto údajov) vo všetkých zdravotníckych zariadeniach poskytujúcich zdravotnú starostlivosť a u všetkých lekárov ako aj získavaním výpisov zo zdravotnej dokumentácie a zapožičaním zdravotnej dokumentácie za účelom zistenia pravdivosti mnou uvedených informácií v poistnej zmluve a posúdenia poistnej udalosti.

Zároveň v uvedenom rozsahu zbavujem mlčanlivosti voči Spoločnosti všetkých lekárov v otázkach súvisiacich s mojím zdravotným stavom.

Beriem na vedomie, že môj súhlas údajov môžem kedykoľvek odvolať zaslaním písomného odvolania na adresu sídla Spoločnosti.

- ÁNO, DÁVAM SÚHLAS
 NIE, NEDÁVAM SÚHLAS

V dňa
overený podpis poisteného resp. zákonného zástupcu poisteného* číslo dokladu totožnosti

* **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.