

**ŽIADOSŤ O VYPLATENIE BENEFITU**  
zubný strojček a laserová operácia očí

Poisťovňa pristúpi k posúdeniu žiadosti nároku na poistné plnenie, ak je poistné uhradené za prvé tri mesiace trvania poistenia väčšie ako 30 EUR. Poistnou udalosťou **benefit ZUBNÝ STROJČEK** je začatie liečby zubným strojčekom, ktorý je vyrobený a poskytnutý zubným technikom. Podkladom k výplате poistného plnenia za benefit je predložený pokladničný doklad, z ktorého jednoznačne vyplýva, že zubný strojček bol predpísaný poistenému, jeho cena bola uhradená počas trvania pripoistenia a bol vyrobený a poskytnutý zubným technikom. Poistnou udalosťou **benefit LASEROVÁ OPERÁCIA** je absolvovanie laserovej operácie očí v zdravotníckom zariadení. Podkladom k výplате poistného plnenia za benefit je predložený pokladničný doklad, z ktorého jednoznačne vyplýva, že laserová operácia očí bola vykonaná poistenému, bola uhradená počas trvania pripoistenia a bola vykonaná v zdravotníckom zariadení. K vyplnenému tlačivu priložte požadovaný doklad, 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 poistnej zmluvy)**

Číslo poistnej zmluvy: .....

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

Štátna príslušnosť: .....

Adresa trvalého pobytu: ..... PSČ: .....

Telefonický kontakt: ..... E-mail: .....

Je poistený politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>1</sup>

Je poistený sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>2</sup>

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

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

**ÚDAJE O LIEČBE ZUBNÝM STROJČEKOM/VYKONANEJ LASEROVEJ OPERÁCII OČÍ**

Zubný strojček – dátum začatia liečby Adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bol zubný strojček vyrobený  
.....

Laserová operácia očí – dátum operácie Adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom bola vykonaná operácia  
.....

**PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU (vyplňuje zákonný zástupca za maloletého poisteného)**

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: .....

Adresa trvalého pobytu: ..... PSČ: .....

Rodné číslo: ...../..... Štátna príslušnosť: ..... Vzťah k poistenému: .....

Telefonický kontakt: ..... e-mail: .....

Ste politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>3</sup>

Ste sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>4</sup>

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](http://www.kpas.sk).

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

<sup>3</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>4</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

