



Štefánikova 17, 811 05 Bratislava, Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava 1, oddiel: Sa, vložka č.: 3345/B

Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poistnej udalosti:

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

## OZNÁMENIE O VZNIKU POHREBNÝCH NÁKLADOV

Oznámenie vyplňuje oprávnená osoba na poistné plnenie pri úmrtí poisteného, ktorej podľa zmluvných dojednaní vznikli náklady súvisiace s pohrebom poisteného. K vyplnenému oznámeniu priložte poisťku k poistnej zmluve, kópiu úmrtného listu a doklady o vzniku a výške nákladov na pohreb poisteného. Uvedené doklady zašlite na adresu: KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group, oddelenie likvidácie PU PO, Štefánikova 8, 811 05 Bratislava.

### ÚDAJE O POISTENOM A POISTNEJ UDALOSTI

Číslo poistnej zmluvy: .....  
 Meno a priezvisko poisteného: ..... Rodné číslo: ..... / .....  
 Adresa: ..... PSČ: .....  
 Dátum úmrtia poisteného ..... Vzniknuté náklady na pohreb vo výške .....

### OPRÁVNENÁ OSOBA NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO, ktorej vznikli náklady súvisiace s pohrebom poisteného.

Priezvisko a meno ..... rodné číslo .....  
 Vzťah k poistenému ..... Adresa .....  
 ..... PSČ ..... Tel.: .....

Poistné plnenie žiadam poukázať:

Poukážite na číslo účtu v tvare IBAN: ..... SWIFT/BIC: .....

Názov účtu príjemcu: .....  
 Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group spracúva moje vyššie uvedené osobné údaje, 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, za účelom zabezpečenia výkonu práv a plnenia povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy. 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.

V ..... dňa ..... podpis oprávnenej osoby .....

### OPRÁVNENÁ OSOBA NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO (vyplňuje 2. oprávnená osoba), ktorej vznikli náklady súvisiace s pohrebom poisteného.

Priezvisko a meno ..... rodné číslo .....  
 Vzťah k poistenému ..... Adresa .....  
 ..... PSČ ..... Tel.: .....

Poistné plnenie žiadam poukázať:

Poukážite na číslo účtu v tvare IBAN: ..... SWIFT/BIC: .....

Názov účtu príjemcu: .....  
 Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group spracúva moje vyššie uvedené osobné údaje, 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, za účelom zabezpečenia výkonu práv a plnenia povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy. 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.

V ..... dňa ..... podpis oprávnenej osoby .....

### OPRÁVNENÁ OSOBA NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO (vyplňuje 3. oprávnená osoba), ktorej vznikli náklady súvisiace s pohrebom poisteného.

Priezvisko a meno ..... rodné číslo .....  
 Vzťah k poistenému ..... Adresa .....  
 ..... PSČ ..... Tel.: .....

Poistné plnenie žiadam poukázať:

Poukážite na číslo účtu v tvare IBAN: ..... SWIFT/BIC: .....

Názov účtu príjemcu: .....  
 Beriem na vedomie, že KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group spracúva moje vyššie uvedené osobné údaje, 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, za účelom zabezpečenia výkonu práv a plnenia povinností vyplývajúcich z poistnej zmluvy. 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.

V ..... dňa ..... podpis oprávnenej osoby .....

Zároveň poisťovateľ informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke [www.kpas.sk](http://www.kpas.sk). Ak na tlačive nie je miesto na uvedenie všetkých oprávnených osôb, použite, prosím, fotokópiu druhej strany tlačiva, resp. si vyžiadajte ďalšie tlačivo od poisťovne.