



Štefánikova 17, 811 05 Bratislava, ICO: 31 595 545, DIČ: 2021097089, IČ DPH: SK7020000746  
Spoločnosť je členom skupiny registrovanej pre DPH, zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka c. 3345/B (ďalej len „poisťovňa“)

Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

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

## Prehlásenie osoby z dedičského konania k OZNÁMENIU O VZNIKU POISŤNEJ 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 poisťnej zmluvy)

Číslo poisťnej zmluvy: .....  
Meno a priezvisko poisteného: ..... Rodné číslo: ..... / .....  
Štátna príslušnosť: .....  
Adresa: ..... PSČ: .....  
Telefonický kontakt: ..... e-mail: .....  
Je poistený politicky exponovanou osobou?  áno<sup>1</sup>  nie  
Je poistený sankcionovanou osobou?  áno<sup>2</sup>  nie

<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 DEDIČSKOM KONANÍ

Číslo dedičského konania: .....  
Uznesenie nadobudlo právoplatnosť dňa: ..... Okresný súd : .....  
Meno a priezvisko notára: .....  
Adresa: .....  
Telefonický kontakt: ..... e-mail: .....

### PREHLÁSENIE OSOBY Z DEDIČSKÉHO KONANIA (vyplňuje dedič zo zákona, resp. zákonný zástupca za maloletého poisteného)

Meno a priezvisko dediča: .....  
Rodné číslo: ..... / ..... Štátna príslušnosť: .....  
Vzťah k poistenému: ..... Telefonický kontakt: .....  
e-mail: .....  
Ste politicky exponovanou osobou?  áno<sup>3</sup>  nie  
Ste sankcionovanou osobou?  áno<sup>4</sup>  nie

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

V ..... dňa ..... Podpis dediča resp. zákonného zástupcu .....

**POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA** (vyplňuje osoba z dedičského konania, resp. zákonný zástupca  
za maloletého poisteného)

Poukážite na číslo účtu v tvare IBAN: .....

SWIFT/BIC: ..... Názov účtu príjemcu: .....

Poukážite na OPÚ účet: .....

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](http://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 dediča ..... 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 zaistenia (**namiesto úradne overeného podpisu u notára alebo na matrike**).

..... dátum a podpis osoby, ktorá identifikovala klienta .....  
..... čitateľné meno a priezvisko/názov osoby<sup>5</sup>, ktorá identifikovala klienta<sup>6</sup> .....  
..... osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby, ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

<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)

<sup>5</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

<sup>6</sup> 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.