

Vyplní poisťovňa:

Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

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



7200

ŽIADOSŤ O VÝPLATU POISŤNEJ SUMY V PRÍPADE DOŽITIA S JEDNORAZOVÝM PLNENÍM „NÁVRATKA“

v prípade, ak sa poistenie vzťahuje na maloletého, vyplní tento dokument jeho zákonný zástupca

Číslo poisťnej zmluvy / zmlúv:	Dátum dožitia:
Meno a priezvisko poisteného:	Rodné číslo: /
Adresa:	PSČ:
Dolu podpísaný/-ná, poistený/-ná žiadam, aby ste výplatu z vyššie uvedenej poisťnej zmluvy/poisťných zmlúv poukázali:	
<input type="checkbox"/> Na bankový účet číslo IBAN:	SWIFT/BIC:
Názov účtu prijemcu:	
<input type="checkbox"/> Na účet OPU číslo:	v spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. VIG
<input type="checkbox"/> Na poisťnú zmluvu číslo:	

Čestne prehlasujem, že som odpovedal pravdivo a úplne, pričom uvedené údaje zodpovedajú skutočnosti. Beriem na vedomie, že poisťovňa 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 poisťnej zmluvy. Zároveň poisťovateľ informuje dotknutú osobu, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť na webovej stránke www.kpas.sk.

POVINNÝ ÚDAJ: Máte zdaňovaciu povinnosť v inej krajine ako SR? ÁNO NIE

V prípade označenia ÁNO je potrebné uviesť štát

.....
hlavičkovým písmom aj podpisom
meno a podpis zástupcu poisťovne, ktorý identifikoval klienta

.....
hlavičkovým písmom aj podpisom
podpis poisteného, resp. jeho zákonného zástupcu
podpísať až pred zástupcom poisťovne alebo notárom

Dňa číslo OP (číslo pasu) poisteného alebo zákonného zástupcu

<p>VYPLNIŤ LEN V PRÍPADE, AK JE POISTENÝ MALOLETÁ OSOBA!</p> <p>Prehlásenie zákonného zástupcu maloletého poisteného (vyplňuje zákonný zástupca maloletého poisteného)</p> <p>Meno a priezvisko zákonného zástupcu rodné číslo</p> <p>Vzťah k maloletému</p> <p>Čestne prehlasujem, že som oprávnený zastupovať a spravovať veci maloletého a som si vedomý dôsledkov, ak by som uviedol(a) v prehlásení nepravdivé údaje. V zmysle zákona o ochrane osobných údajov súhlasím, aby poisťovňa moje vyššie uvedené osobné údaje spracovávala v rámci svojej činnosti v poisťovníctve po dobu nevyhnutnú pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností vyplývajúcich z poisťnej zmluvy a poskytovala tieto údaje do iných štátov, pokiaľ to bude potrebné pre zabezpečenie výkonu práv a plnenie povinností z poisťnej zmluvy, pri poradenskej činnosti v oblasti poisťovníctva, ako aj ostatným subjektom podnikajúcim v poisťovníctve a združeniam týchto subjektov.</p> <p>Podpis zákonného zástupcu maloletého poisteného</p>
--