



Vyplní poisťovňa: Prijaté dňa:

Číslo poisťnej udalosti:

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

## OZNÁMENIE O ÚMRTÍ POISTENÉHO

K vyplnenému oznámeniu priložte overenú kópiu listu o prehliadke mŕtveho, overenú kópiu úmrtného listu. V prípade, že úmrtie vyšetrovala polícia, priložte kópiu správy z vyšetrovania, ak ju už máte k dispozícii.

## ÚDAJE O POISTENOM A POISŤNEJ UDALOSTI

Číslo poisťnej zmluvy: .....

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

Štátna príslušnosť: .....

Adresa: .....PSC: .....

Bol poistený politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>1</sup>Bol poistený sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>2</sup>Dátum úmrtia poisteného: ..... príčina úmrtia  úraz  choroba

Adresa lekára, zdravotníckeho zariadenia, kde je uložená kompletná zdravotná dokumentácia poisteného: .....

Meno a adresa notára, ktorý sa zaoberá pozostalosťou po poistenom: .....

## VYPLŇTE IBA PRI ÚMRTÍ NÁSLEDKOM ÚRAZU

Dátum vzniku úrazu: ..... Hodina: ..... Miesto: .....

Došlo k úrazu pri výkone povolania? .....áno  .....nie 

Popis úrazového deja (okolnosti vzniku úrazu):

Došlo k úrazu pri dopravnej nehode? .....áno  .....nie Bolo v súvislosti s poisťnou udalosťou vedené policajné vyšetrovanie? .....áno  .....nie 

Adresa polície:

Mená a adresy svedkov úrazu:

## Vyplňte iba pri úrazovom poistení nemenovaných osôb, ktoré sú prepravované motorovým vozidlom:

druh vozidla: ..... výrobná značka: ..... ŠPZ: .....

počet sedadiel: ..... počet prepravovaných osôb: .....

meno a adresa vlastníka motorového vozidla: .....

meno a adresa vodiča: .....

<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)

**1. OPRÁVNENÁ OSOBA NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO**

(ak má na plnenie nárok viac oprávnených osôb, vyplňte časť formuláru pre ďalšie oprávnené osoby na plnenie pri úmrtí poisteného)

Priezvisko a meno: ..... Rodné číslo: ...../.....

Štátna príslušnosť: ..... Vzťah k poistenému: .....

Adresa: ..... PSC: .....

Telefón: ..... e-mail: .....

Je oprávnená osoba politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>3</sup>Je oprávnená osoba sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>4</sup>**POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje 1. oprávnená osoba na plnenie, resp. jej zákonný zástupca)** Poukážte na číslo účtu v tvare IBAN: ..... SWIFT/BIC: .....

Názov účtu príjemcu: .....

 Poukážte 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. 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 poisťnej zmluvy.

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 .....

overený podpis 1. oprávnenej osoby  
resp. jej zákonného zástupcu\*

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 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**SÚHLAS 1. OPRÁVNENEJ OSOBY, RESP. JEJ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU NA VYSPORIADANIE DLHU NA POISTNOM**

Nižšie podpísaný (priezvisko a meno): ..... Rodné číslo: ...../.....

týmto pristupujem k záväzku poistníka, resp. dedičov poistníka (ak bol súčasne poisteným) z predmetnej poisťnej zmluvy číslo:

..... na úhradu dlžného poistného.

Zároveň dávam súhlas, aby si spoločnosť KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group pohľadávku na dlžnom poistnom jednostranne započítala voči môjmu nároku na poistné plnenie z predmetnej poisťnej zmluvy.

V ..... dňa .....

overený podpis 1. oprávnenej osoby  
resp. jej zákonného zástupcu\*

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 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.

**PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETEJ OPRÁVNENEJ OSOBY NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO**  
(vyplňuje zákonný zástupca maloletého)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: ..... Rodné číslo: ...../.....

Štátna príslušnosť: .....

Vzťah k maloletému: ..... Telefonický kontakt: .....

e-mail: .....

Je zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>7</sup>

Je zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>8</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: .....

<sup>7</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>8</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

**ĎALŠIA OPRÁVNENÁ OSOBA NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO**

Priezvisko a meno: ..... Rodné číslo: ...../.....  
 Štátna príslušnosť: ..... Vzťah k poistenému: .....  
 Adresa: ..... PSC: .....  
 Telefón: ..... e-mail: .....  
 Je oprávnená osoba politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>9</sup>  
 Je oprávnená osoba sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>10</sup>

**POKYNY K VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA (vyplňuje ďalšia oprávnená osoba na plnenie, resp. jej zákonný zástupca)**

Poukážte na číslo účtu v tvare IBAN: ..... SWIFT/BIC: .....  
 Názov účtu príjemcu: .....  
 Poukážte 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. 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 poisťovnej zmluvy.

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 poisťovnou 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 .....  
 overený podpis ďalšej oprávnenej osoby ..... číslo dokladu totožnosti .....  
 resp. jej zákonného zástupcu\*

\* **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>11</sup>,  
 ktorá identifikovala klienta<sup>12</sup>

.....  
 osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby,  
 ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

**SÚHLAS ĎALŠEJ OPRÁVNENEJ OSOBY, RESP. JEJ ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU NA VYSPORIADANIE DLHU NA POISTNOM**

Nižšie podpísaný (priezvisko a meno): ..... Rodné číslo: ...../.....  
 týmto pristupujem k záväzku poistníka, resp. dedičov poistníka (ak bol súčasne poisteným) z predmetnej poisťovnej zmluvy číslo: .....  
 ..... na úhradu dlžného poistného.  
 Zároveň dávam súhlas, aby si spoločnosť KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group pohľadávku na dlžnom poistnom jednostranne započítala voči môjmu nároku na poistné plnenie z predmetnej poisťovnej zmluvy.

V ..... dňa .....  
 overený podpis ďalšej oprávnenej osoby ..... číslo dokladu totožnosti .....  
 resp. jej zákonného zástupcu\*

\* **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>11</sup>,  
 ktorá identifikovala klienta<sup>12</sup>

.....  
 osobné číslo alebo registračné číslo v NBS osoby,  
 ktorá identifikovala klienta/obchodný názov firmy

<sup>9</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>10</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>11</sup> V prípade právnickej osoby sa uvádza aj meno a priezvisko osoby oprávnenej za ňu konať.

<sup>12</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.

**PREHLÁSENIE ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCU MALOLETEJ OPRÁVNENEJ OSOBY NA PLNENIE PRI ÚMRTÍ POISTENÉHO**  
(vyplňuje zákonný zástupca maloletého)

Meno a priezvisko zákonného zástupcu: ..... Rodné číslo: ...../.....

Štátna príslušnosť: .....

Vzťah k maloletému: ..... Telefonický kontakt: .....

e-mail: .....

Je zákonný zástupca oprávnenej osoby politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>13</sup>

Je zákonný zástupca oprávnenej osoby sankcionovanou osobou?  nie  áno<sup>14</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: .....

<sup>13</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)

<sup>14</sup> V prípade označenia možnosti áno, je potrebné kontaktovať Zodpovednú osobu (pred vykonaním akéhokoľvek úkonu)