



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: .....

Bol poistený politicky exponovanou osobou?  nie  áno<sup>1</sup>Bol 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 DEDIČSKOM KONANÍ

Číslo dedičského konania: .....

Uznesenie nadobudlo právoplatnosť dňa: ..... Okresný súd: .....

Meno a priezvisko notára: .....

Adresa: ..... PSČ: .....

Telefón: ..... e-mail: .....

### PREHLÁSENIE OSOBY Z DEDIČSKÉHO KONANIA (vyplňuje dedič zo zákona)

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

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

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

Telefón: ..... 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 by 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 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)

### POKYNY K VÝPLATE POISŤNÉHO PLNENIA (vyplňuje osoba z dedičského konania)

Poistné plnenie žiadam poukázať:

 na účet (IBAN) ..... Názov banky áno Vyhlasujem, že som majiteľom uvedeného účtu  nie Účet patrí manželovi, manželke alebo blízkym osobám, uveďte vlastníka účtu a vzťah na OPU účet ..... Meno poistníka

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 Mestského súdu Bratislava III, 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 poisteného ..... číslo dokladu totožnosti  
resp. zákonného zástupcu poisteného\*

\* **Identifikáciu a overenie identifikácie je oprávnený vykonať len 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 zaisťovania.

.....  
dátum a podpis osoby,  
ktorá identifikovala klienta

.....  
čitateľné meno a priezvisko/názov osoby<sup>6</sup>,  
ktorá identifikovala klienta<sup>6</sup>

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

<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.