Allianz – Slovenská poisťovňa, a.s.

V ..... dňa .....

Hlásenie poistnej udalosti zo životného poistenia

(oslobodenie od platenia poistného)

Poistná zmluva č. | | | | | | | | | | Druh poistenia (tarifa) | | | | |

Poistený/poistník:

meno, priezvisko.....Rč. resp. dátum narodenia.....

telefonický/e-mailový kontakt .....

Žiadam .....

.....

.....

.....

.....

Poistné plnenie/preplatok žiadam zaslať:

- ❑ na adresu .....
- ❑ č. účtu | | | | | | | | | | | | | | | | / | | | | |

(kód banky)

Doložené doklady:

- ❑ poistná zmluva č. | | | | | | | | | | , resp. čestné vyhlásenie o jej strate*
- ❑ rozhodnutie o poberaní plného inv. dôchodku, ústredie Bratislava (pri žiadosti o oslobodenie od platenia)

Beriem na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto tlačive som poisťovateľovi povinný poskytnúť v zmysle platného zákona o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, a že budú spracované v informačnom systéme poisťovateľa. Zároveň beriem na vedomie, že poisťovateľ je oprávnený získať uvedené osobné údaje kopírovaním, skenovaním alebo iným zaznamenávaním na nosiči informácií. Zároveň dávam poisťovateľovi súhlas s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, s likvidáciou poistných udalostí, zaisťovniam na účely zaistenia, s cezhraničným prenosom osobných údajov vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poistných udalostí, do krajín ktoré zaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov, ako aj do krajín, ktoré nezaručujú primeranú úroveň ochrany osobných údajov.

.....

podpis poisteného / poistníka* - čitateľne

č. OP poisteného / poistníka*: | | | | | | | | |

štátna príslušnosť poisteného / poistníka*:.....

*** Nehodiace sa prečiarknite**