

KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s.
Vienna Insurance Group
Štefánikova 17
811 05 Bratislava

Vec: Žiadosť o výplatu poistnej sumy v prípade dožitia

Poistná zmluva číslo

Dolupodpísaný /-ná

Meno a priezvisko poisteného (resp. jeho zákonného zástupcu)

rodné číslo

adresa

žiadam, aby ste výplatu z vyššie uvedenej poistnej zmluvy poukázali:

a) na bankový účet číslo kód banky názov banky priezvisko a meno majiteľa účtu

b) na účet OPU číslo v spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group

c) poštovým peňažným poukazom na adresu

Opravy údajov (v prípade, že sa nezhodujú s údajmi v poistnej zmluve) a Oznamy pre poisťovňu:

* Beriem na vedomie, že osobné údaje nachádzajúce sa na tomto tlačive som poisťovateľovi povinný poskytnúť v zmysle platného zákona o poisťovníctve a že budú spracované v informačnom systéme poisťovateľa. Zároveň dávam poisťovateľovi súhlas s poskytnutím osobných údajov tretím osobám v súvislosti so správou poistenia, s likvidáciou poistných udalostí, s vymáhaním pohľadávok a zaistovníam na účely zaistenia, s cezhraničným prenosom osobných údajov vykonávaným na účely správy poistenia a na účely likvidácie poistných udalostí.

V dňa

_____ vlastnoručný podpis poisteného (resp. jeho zákonného zástupcu)

Prílohy:

Poistka

áno

nie