

Allianz – Slovenská poisťovňa, a.s.

V dňa

Pokyn na výplatu poistného plnenia - dožitie

Poistná zmluva č. Druh poistenia (tarifa)

1. Poistený: meno, priezvisko..... Rč resp. dátum narodenia.....
Telefonický/e-mailový kontakt

2. Poistený: meno, priezvisko..... Rč resp. dátum narodenia.....
Telefonický/e-mailový kontakt

Žiadam o výplatu poistného plnenia z dôvodu dožitia poistnej zmluvy.

1. Poistený: Poistné plnenie žiadam zaslať:

- na adresu
- č. účtu /
(kód banky)

2. Poistený: Poistné plnenie žiadam zaslať:

- na adresu
- č. účtu /
(kód banky)

Pri poistnej zmluve typu DPP, 2D, 1D, PŠN..... žiadam výplatu formou:

- jednorázová výplata
- dôchodok – mesačný, štvrťročný, polročný, ročný (nehodiace sa prečiarknite)

Zároveň uzatvorená nová poistná zmluva (vyznačte, prosíme, údaje o novej PZ a spôsob úhrady prvého poistného)

- Súhlasím so zrazením prvého poistného z poistného plnenia uvedenej PZ na novodojednané, resp. existujúce poistenie, číslo PZ v sume €
- Súhlasím so zrazením mimoriadneho vkladu z poistného plnenia uvedenej PZ na novodojednané, resp. existujúce poistenie, č. PZ v sume €

Doložené doklady:

- poistná zmluva č. resp. čestné vyhlásenie o jej strate
- kópia OP (prípadne sobášny list) v prípade zmeny priezviska

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, zaisteniam 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 – čitateľne
č. OP:

štátna príslušnosť poistného:

.....
podpis poisteného - čitateľne
č. OP:

štátna príslušnosť poistného: