

W DOBROM AJ V ZLOM

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
 Digital Park I, Einsteinova 21
 851 01 Bratislava, SR
 IČO: 31 383 408, DIČ: 2020843561
 IČ DPH: SK7120001559
 Obchodný register Mestského súdu
 Bratislava III, oddiel Sa, vložka č. 757/B
 www.wuestenrot.sk

ŽIADOSŤ O ZMENU POISTENIA ÚRAZU A ZODPOVEDNOSTI

GDPR 06/2023 455

Žiadosť o zmenu je neoddeliteľnou
 súčasťou poisťnej zmluvy číslo:

Spracovateľ:

POISTNÍK

¹Vyplniť iba v prípade, ak je iná ako adresa trvalého pobytu.

Meno, priezvisko, titul	Dátum narodenia	<input type="text"/>
Druh a číslo dokladu totožnosti	Rodné číslo	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)	Obec	PSČ <input type="text"/>
Korešpondenčná adresa ¹	Obec	PSČ <input type="text"/>
Tel. číslo	E-mail	<input type="text"/>
Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, uveďte v akom postavení		
Ste v trvalom pracovnom pomere? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, presne špecifikujte povolanie		
Ste SZČO? <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie Ak áno, presne špecifikujte hlavnú činnosť		

ŽIADAM O ZMENU

<input type="checkbox"/> priezviska u:	<input type="checkbox"/> poisťníka <input type="checkbox"/> 1. poisteného <input type="checkbox"/> 2. poisteného <input type="checkbox"/> 1. poisteného dieťaťa <input type="checkbox"/> 2. poisteného dieťaťa <input type="checkbox"/> 3. poisteného dieťaťa
na	
<input type="checkbox"/> adresy trvalého pobytu u:	<input type="checkbox"/> poisťníka <input type="checkbox"/> 1. poisteného <input type="checkbox"/> 2. poisteného <input type="checkbox"/> 1. poisteného dieťaťa <input type="checkbox"/> 2. poisteného dieťaťa <input type="checkbox"/> 3. poisteného dieťaťa
na	
<input type="checkbox"/> korešpondenčnej adresy u:	<input type="checkbox"/> poisťníka <input type="checkbox"/> 1. poisteného <input type="checkbox"/> 2. poisteného <input type="checkbox"/> 1. poisteného dieťaťa <input type="checkbox"/> 2. poisteného dieťaťa <input type="checkbox"/> 3. poisteného dieťaťa
na	
<input type="checkbox"/> čísla občianskeho preukazu u:	<input type="checkbox"/> poisťníka <input type="checkbox"/> 1. poisteného <input type="checkbox"/> 2. poisteného <input type="checkbox"/> 1. poisteného dieťaťa <input type="checkbox"/> 2. poisteného dieťaťa <input type="checkbox"/> 3. poisteného dieťaťa
na	
<input type="checkbox"/> bankového spojenia na	
<input type="checkbox"/> formy úhrady poisťného na	<input type="checkbox"/> prevodom na účet <input type="checkbox"/> poštovou poukážkou
<input type="checkbox"/> spôsobu úhrady poisťného na	<input type="checkbox"/> ročne <input type="checkbox"/> polročne <input type="checkbox"/> štvrťročne <input type="checkbox"/> mesačne
<input type="checkbox"/> oprávnenej osoby v prípade smrti	<input type="checkbox"/> 1. poisteného
	<input type="checkbox"/> 2. poisteného
	<input type="checkbox"/> 1. poisteného dieťaťa (nad 15 rokov)
	<input type="checkbox"/> 2. poisteného dieťaťa (nad 15 rokov)
	<input type="checkbox"/> 3. poisteného dieťaťa (nad 15 rokov)

ZMENA RIZÍK NA POISTNEJ ZMLUVE

K poistenej osobe uveďte požadovanú výšku poistnej sumy.

DOJEDNANIE RIZIKA	<input type="checkbox"/> 1. poistený	<input type="checkbox"/> 2. poistený	<input type="checkbox"/> 1. poistené dieťa	<input type="checkbox"/> 2. poistené dieťa	<input type="checkbox"/> 3. poistené dieťa
trvalé následky úrazu s progresiou 400 %					
smrť spôsobená úrazom					
denné odškodné po úraze a počas dlhodobej PN					
liečebné a záchraňovacie náklady s asistenciou					
zodpovednosť za škodu					

ZMENA RIZÍK NA POISTNEJ ZMLUVE

Označte riziko, ktoré chcete zrušiť.

ZRUŠENIE DOJEDNANÉHO RIZIKA	<input type="checkbox"/> 1. poistený	<input type="checkbox"/> 2. poistený	<input type="checkbox"/> 1. poistené dieťa	<input type="checkbox"/> 2. poistené dieťa	<input type="checkbox"/> 3. poistené dieťa
trvalé následky úrazu s progresiou 400 %	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smrť spôsobená úrazom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
denné odškodné po úraze a počas dlhodobej PN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liečebné a záchraňovacie náklady s asistenciou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zodpovednosť za škodu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ZMENA RIZÍK NA POISTNEJ ZMLUVE

K poistenej osobe uveďte novú poistnú sumu.

DOJEDNANIE RIZIKA	<input type="checkbox"/> 1. poistený	<input type="checkbox"/> 2. poistený	<input type="checkbox"/> 1. poistené dieťa	<input type="checkbox"/> 2. poistené dieťa	<input type="checkbox"/> 3. poistené dieťa
trvalé následky úrazu s progresiou 400 %					
smrť spôsobená úrazom					
denné odškodné po úraze a počas dlhodobej PN					
liečebné a záchraňovacie náklady s asistenciou					
zodpovednosť za škodu					

ODPOISTENIE POISTENEJ OSOBY/POISTENÉHO DIEŤAŤA

Meno, priezvisko	Rodné číslo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meno, priezvisko	Rodné číslo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meno, priezvisko	Rodné číslo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Meno, priezvisko	Rodné číslo	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DOPOISTENIE POISTENEJ OSOBY/POISTENÉHO DIEŤAŤA

Meno, priezvisko, titul	Dátum narodenia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Druh a číslo dokladu totožnosti	Rodné číslo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu (ulica, súpisné číslo)	Obec	PSC <input type="text"/>	
Korešpondenčná adresa ¹	Obec	PSC <input type="text"/>	
Tel. číslo	E-mail	Štátne občianstvo	

 Ste politicky exponovanou osobou podľa zákona č. 297/2008 Z.z.? áno nie Ak áno, uveďte v akom postavení

 Ste v trvalom pracovnom pomere? áno nie Ak áno, presne špecifikujte povolanie

Ste SZČO? áno nie Ak áno, presne špecifikujte hlavnú činnosť

Ste nepoistiteľnou osobou podľa VPP pre poistenie úrazu a zodpovednosti (ďalej aj „VPP - ÚPZ“) čl. 11? áno nie

Aký druh športu alebo záujmovej činnosti vykonávate?

Na akej úrovni vykonávate túto činnosť? rekreačne profesionálne amatérsky s klubovou registráciou ani jedno z uvedených

Príslušná kategória športu a povolania Povolanie + Šport + Šport +

Oprávnená osoba v prípade smrti

VYHLÁSENIE

Súhlasím s tým, aby poisťovňa na účely priameho marketingu a reklamy v kontakte so mnou využívala automatické volacie a komunikačné systémy bez ľudského zásahu, telefax a elektronickú poštu vrátane služby krátkych správ a zároveň dávam súhlas na spracúvanie osobných údajov uvedených v poisťovej zmluve vrátane ich poskytovania zmluvným partnerom za účelom marketingovej činnosti poisťovne a zmluvných partnerov, vzájomnej podpory predaja a poskytovania komplexného finančného servisu a poradenstva poisťovníkovi a poistenému. Bol som poučený o tom, že tento súhlas je kedykoľvek písomne odvolateľný. áno nie

Vyhlasujem, že zmenu poisťovej zmluvy vykonávam na vlastný účet a finančné prostriedky použité na platenie poistného sú v mojom vlastníctve. Ak použijem na platenie poistného finančné prostriedky vo vlastníctve inej osoby, zaväzujem sa bezodkladne písomne oznámiť Wüstenrot poisťovni, a.s. túto skutočnosť vrátane identifikačných údajov tejto osoby v súlade s § 47 ods. 8 zákona č. 8/2008 Z.z. o poisťovníctve.

Poistník/poistený je povinný poisťovni bezodkladne oznámiť vznik alebo zánik statusu politicky exponovanej osoby podľa zákona č. 297/2008 Z.z. Potvrdzujem, že som bol oboznámený so skutočnosťami, že pri spracovaní žiadosti o technickú zmenu poistenia sa vychádza z aktuálneho technického veku poisteného, doby, ktorá zostáva do konca poistenia a technického začiatku zmeny poistenia; v prípade, ak v čase zmeny poistenia bude vytvorená kladná technická rezerva, táto sa započíta, čo bude mať za následok zodpovedajúce zníženie lehotného poistného; zmenou poistenia zároveň dôjde k zmene výšky minimálnej garantovanej odkupnej hodnoty a predpokladanej poistnej sumy.

Na základe žiadosti poisťovne obratom doložím všetky potrebné doklady k vykonaniu požadovanej zmeny. Zároveň beriem na vedomie, že bez predloženia potrebných dokladov nie je možné zmenu realizovať.

Prílohy.....

.....
miesto a dátum

.....
podpis poisťovníka

Nižšie uvedený zástupca svojim podpisom potvrdzuje, že vykonal identifikáciu a overenie identifikácie poisťovníka v súlade so zákonom č. 297/2008 Z.z. o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti a o ochrane pred financovaním terorizmu a o zmene a doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov.

Získateľské
číslo zástupcu:

Meno a priezvisko
zástupcu:

Telefonický
kontakt zástupcu:

E-mailová adresa
zástupcu:

Spoločnosť
zástupcu:

.....
podpis zástupcu, Wüstenrot poisťovňa, a. s.

*nevypĺňa VFA