

Žiadosť o zmenu Rizikového poistenia a poistenia choroby s vrátením časti poistného

2. verzia

wustenrot

ŽIVOTNÉ POISTENIE | NEŽIVOTNÉ POISTENIE

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
 Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, SR
 IČO: 31 383 408, DIČ: 2020843561
 IČ pre DPH: SK 2020843561
 Obchodný register Okresného súdu
 Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 757/B
 www.wuestenrot.sk


 Žiadosť o zmenu je neoddeliteľnou
 súčasťou poisťnej zmluvy číslo:

Spracovateľ:

Z3T1 GDPR 11/2018

ŽIADOSŤ O ZMENU POISŤNEJ ZMLUVY RIZIKOVÉ POISTENIE A POISTENIE CHOROBY S VRÁTENÍM ČASŤI POISŤNÉHO

POISŤNÍK/POISŤENÝ Právnická osoba Fyzická osoba: Žena Muž ^{1,2} vid' vysvetlenie na strane 4/4

Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno)		Dátum narodenia	
Vzťah k druhému poistenému ¹		Druh a číslo dokladu totožnosti	
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo (sídlo)		Obec	PSČ
Korešpondenčná adresa ²		Obec	PSČ
Štátne občianstvo	Tel. číslo	E-mail	
Povolanie <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> SZČO / SZČO a súčasne zamestnanec	Špecifikujte povolanie		
Označenie úradného registra/úradnej evidencie		Číslo zápisu do registra/evidencie	
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			

OSOBA OPRAVNENÁ KONAJŤ V MENE

 POISŤNÍKA/POISŤENÉHO **DRUHÉHO POISŤENÉHO** (napr. konateľ, člen predstavenstva, zákonný zástupca - v prípade maloletého)

Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo	
Pozícia		Štátne občianstvo	
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo		Obec	PSČ
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			
Meno, priezvisko, titul		Rodné číslo	
Pozícia		Štátne občianstvo	
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo		Obec	PSČ
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			

DRUHÝ POISŤENÝ Fyzická osoba: Žena Muž

Meno, priezvisko, titul		Dátum narodenia	
Druh a číslo dokladu totožnosti		Rodné číslo	
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo		Obec	PSČ
Štátne občianstvo	Tel. číslo	E-mail	
Povolanie <input type="checkbox"/> zamestnanec <input type="checkbox"/> SZČO / SZČO a súčasne zamestnanec	Špecifikujte povolanie		
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			

ŽIADAM O

Zmenu:	POISŤNÍK/POISŤENÝ	DRUHÝ POISŤENÝ
<input type="checkbox"/> Priezviska na:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Adresy trvalého pobytu na:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Korešpondenčnej adresy na:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> E-mailovej adresy na:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Telefonického kontaktu na:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SMS kontaktu na:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ŽIADAM O**Zmenu bankového spojenia poisníka na:**Číslo účtu: - / IBAN príjemcu: SWIFT / BIC banky príjemcu: **Zmenu poistného obdobia na:** mesačné štvrtročné polročné ročné**Zmenu formy úhrady na:** poštová poukážka trvalý príkaz na úhradu zrážka zo mzdy**Zmenu doby poistenia na:** rokov Dojednanie ochrany poistenia pred infláciou Zrušenie ochrany poistenia pred infláciou Odmietam ponuku inflačného zvýšenia**ŽIADAM O****Zmenu poistného krytia z balíka:** BASIC POISTNÍK/POISTENÝ DRUHÝ POISTENÝ MEDIUM POISTNÍK/POISTENÝ DRUHÝ POISTENÝ EXCLUSIVE POISTNÍK/POISTENÝ DRUHÝ POISTENÝ**Na balík:**

(ak sú poistené dve osoby, každá z poistených osôb si môže dojednať zmenu na vlastný balík, z ktorého všetky poistenia sú povinné - VYPLŇTE POISTNÉ SUMY ku všetkým poisteniam balíka)

	POISTENIE PRE PRÍPAD:	POISTNÍK/POISTENÝ Poistná suma (PS)	DRUHÝ POISTENÝ Poistná suma (PS)
	smrti - FIX (povinné pre každú poistenú osobu)	1 0 0 0 €	1 0 0 0 €
BASIC	chirurgického zákroku v dôsledku choroby	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
MEDIUM	kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
EXCLUSIVE	chirurgického zákroku v dôsledku choroby	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
EXCLUSIVE	kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

Zmenu poistnej sumy poistenia v dojednanom balíku na:

(Vyplňte len poistnú sumu poistenia, u ktorého dochádza k zmene.)

	POISTENIE PRE PRÍPAD:	POISTNÍK/POISTENÝ Poistná suma (PS)	DRUHÝ POISTENÝ Poistná suma (PS)
BASIC	chirurgického zákroku v dôsledku choroby	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
MEDIUM	kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
EXCLUSIVE	chirurgického zákroku v dôsledku choroby	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €
EXCLUSIVE	kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €

ŽIADAM O**Zrušenie poistného krytia:**

Poistenie pre prípad smrti - FIX poisteného zaniká dňom zániku všetkých ostatných poistení toho istého poisteného; poistenia iného poisteného nie sú týmto zánikom dotknuté.

	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
<input type="checkbox"/> BALÍK BASIC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BALÍK MEDIUM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> BALÍK EXCLUSIVE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ŽIADAM O

Doplnenie ďalšej oprávnenej osoby:	POISTNÍK/POISTENÝ		DRUHÝ POISTENÝ ³	
poistenie pre prípad:	oprávnené osoby		oprávnené osoby	
	meno, priezvisko, dátum narodenia, vzťah	percento	meno, priezvisko, dátum narodenia, vzťah	percento
smrti - FIX		%		%
		%		%

Zmenu oprávnenej osoby so zrušením doterajších oprávnených osôb:	POISTNÍK/POISTENÝ		DRUHÝ POISTENÝ ³	
poistenie pre prípad:	oprávnené osoby		oprávnené osoby	
	meno, priezvisko, dátum narodenia, vzťah	percento	meno, priezvisko, dátum narodenia, vzťah	percento
smrti - FIX		%		%
		%		%

³ Súhlasím so zmenou alebo doplnením oprávnených osôb poisťníkom

(súhlas sa vyplňa v prípade, ak oprávnené osoby v poistení pre prípad smrti druhého poisteného mení alebo doplnia poisťník)

.....
Podpis druhého poisteného

Inú zmenu:**INFORMÁCIE O SPRACÚVANÍ OSOBNÝCH ÚDAJOV****1. Prevádzkovateľ osobných údajov****Wüstenrot poisťovňa, a.s.**

sídlo: Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, Slovenská republika, IČO: 31 383 408, spoločnosť je zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel: Sa, vložka č.: 757/B (ďalej len „Wüstenrot“).

Wüstenrot má zodpovednú osobu za ochranu osobných údajov, ktorá dohliada na riadne spracúvanie osobných údajov a na ktorú sa môžete kedykoľvek obrátiť, a to písomne na adrese Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26 alebo elektronicky na adrese DPO@wuestenrot.sk.

2. Účely spracúvania osobných údajov zo strany Wüstenrot

- uzatváranie, evidencia a správa poistných zmlúv, vrátane starostlivosti o klienta (napr. klientsky portál)
- zaistenie
- likvidácia poistných udalostí
- riešenie sťažností
- aktívne súdne spory, pasívne súdne spory, mimosúdne vymáhanie pohľadávok
- reporting, výpočet kapitálových požiadaviek,
- štatistické spracovanie
- riadenie rizika podvodu, oznamovanie protispoločenskej činnosti
- evidencia hlásení o neobvyklých obchodných operáciách a ich vybavenie
- identifikácia klienta a jeho zástupcov na účely vykonania starostlivosti vo vzťahu ku klientovi
- spracúvanie osobných údajov v rámci účtovníctva
- ponuka produktov a služieb v rámci marketingu, spotrebiteľské súťaže
- správa registratúry
- výkon vnútorného auditu, výkon súladu s predpismi, výkon riadenia rizík
- spracúvanie osobných údajov na účely predchádzania a odhaľovania legalizácie príjmov z trestnej činnosti a financovania terorizmu.

3. Právny základ

Právnym základom na spracúvanie osobných údajov je štandardne plnenie zákonnej povinnosti (najmä zákon č. 39/2015 Z. z. o poisťovníctve a o zmene a doplnení niektorých zákonov, zákon 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, zákon č. 395/2002 Z. z. o archívoch a registratúrach a o doplnení niektorých zákonov v znení neskorších predpisov, zákon č. 359/2015 Z. z. o automatickej výmene informácií o finančných účtoch na účely správy daní a zákon č. 18/2018 Z. z. o ochrane osobných údajov), uzatvorenie, správa a plnenie poistnej zmluvy, oprávnený záujem, ktorým je ochrana práv a právom chránených záujmov Wüstenrot (najmä účel riadenia rizika podvodu) a súhlas (najmä pre účely marketingu, spotrebiteľské súťaže).

Ak klient odmietne poskytnúť Wüstenrotu osobné údaje požadované na základe zákona, je Wüstenrot povinný s ním odmietnuť uzatvoriť poistnú zmluvu.

4. Kategórie príjemcov, ktorým môžu byť poskytnuté osobné údaje

- finanční agenti
- poskytovatelia IT služieb
- asistenčné spoločnosti
- poisťovne
- advokátske kancelárie
- posudkoví lekári
- orgány verejnej moci
- znalci
- Slovenská asociácia poisťovní
- Národná banka Slovenska
- a ďalšie osoby, ktoré poskytujú služby pre Wüstenrot na základe zmluvy o spracúvaní osobných údajov. Konkrétny priebežne aktualizovaný zoznam príjemcov nájdete na www.wuestenrot.sk v časti Ochrana osobných údajov

INFORMÁCIE O SPRACÚVANÍ OSOBNÝCH ÚDAJOV

5. Doba uchovávaní osobných údajov

Wüstenrot je oprávnený spracúvať osobné údaje dotknutých osôb po dobu stanovenú zákonom č. 39/2015 Z.z. o poisťovníctve t.j. počas trvania poistenia a po zániku poistenia po dobu 10 rokov od skončenia zmluvného vzťahu v zmysle príslušných právnych predpisov. Spracúvanie osobných údajov v prípade udelenia súhlasu je možné len počas doby, na ktorú bol súhlas udelený.

6. Práva dotknutej osoby

- právo na prístup a na informácie k svojim osobným údajom,
- právo na opravu osobných údajov,
- právo na vymazanie osobných údajov (právo „na zabudnutie“),
- právo na obmedzenie spracúvania osobných údajov,
- právo na prenosnosť osobných údajov,
- právo namietať proti spracúvaniu osobných údajov,
- právo na neúčinnosť automatizovaného individuálneho rozhodovania vrátane profilovania.
- právo odvolať súhlas (ak je súhlas právnym základom spracúvania)
- právo podať sťažnosť dozornému orgánu, t.j. Úradu na ochranu osobných údajov Slovenskej republiky

Dotknutá osoba si uvedené práva uplatňuje 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 a ďalšími príslušnými právnymi predpismi. Voči Wüstenrotu si dotknutá osoba môže svoje práva uplatniť prostredníctvom písomnej žiadosti alebo elektronickými prostriedkami. V prípade, že dotknutá osoba požiada o ústne poskytnutie informácií, informácie sa môžu takto poskytnúť za predpokladu, že dotknutá osoba preukázala svoju totožnosť.

7. Profilovanie a automatizované rozhodovanie pri spracúvaní osobných údajov

Wüstenrot vykonáva v rámci svojej činnosti aj tzv. profilovanie, čiže automatizované spracúvanie vo vybraných procesoch. Automatizované spracúvanie je také spracúvanie osobných údajov, pri ktorom sú používané výhradne automatické informačné systémy, napríklad softvér, elektronické kalkulačky a pod. na účel riadneho uzavretia poistnej zmluvy, kalkulácie poistného a správy poistnej zmluvy.

Aktuálne informácie sú zverejnené na webovej stránke www.wuestenrot.sk v časti Ochrana osobných údajov a tiež na obchodných miestach Wüstenrotu.

VYHLÁSENIA A ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

Vyhlasenia poistníka/druhého poisteného

Vyhlasujem, že 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. Poistník/poistený/osoba oprávnená konať v mene poistníka je povinná poisťovni bezodkladne oznámiť vznik alebo zánik statusu politicky exponovanej osoby podľa zákona č. 297/2008. Z.z.

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 zrealizovať.

Prehlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že som sa oboznámil s Informáciami o spracúvaní osobných údajov, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou tejto Žiadosti o zmenu.

Prílohy:

V dňa
..... podpis poistníka podpis druhého poisteného

Nižšie uvedený zástupca svojim podpisom potvrdzuje, že preveril totožnosť poistníka a poisteného a údaje uvedené v tejto žiadosti zodpovedajú dokladu totožnosti predloženého poistníkom a poisteným. Zástupca potvrdzuje že vykonal identifikáciu a overenie identifikácie poistníka, poisteného, v prípade že je osobou inou ako poistník, 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:

Registračné číslo NBS*:

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

*nevypĺňa VFA

VYSVETLIVKY

¹ Vzťah v čase podpísania tejto žiadosti o zmenu poistnej zmluvy.

² Vyplniť iba v prípade, ak je iná ako adresa trvalého pobytu.