



# **Žiadosť o zmenu Investičného životného poistenia pre zdravie a dôchodok**

1. verzia

**wustenrot**

**W DOBROM AJ V ZLOM**

**ŽIADOSŤ O ZMENU**

GDPR 09/2022

**Investičného životného poistenia pre zdravie a dôchodok**

Žiadosť o zmenu je neoddeliteľnou  
 súčasťou poisťnej zmluvy číslo:

Spracovateľ:

**POUČENIE**

Toto tlačivo „Žiadosť o zmenu Investičného životného poistenia pre zdravie a dôchodok - 1. verzia“ vyplňa poisťník/poistený v prípade, ak poisťná zmluva bola dojednaná v súlade so Všeobecnými poisťnými podmienkami pre Investičné životné poistenie pre zdravie a dôchodok platnými, od 1.7.2006, 2.1.2007, 1.1.2009, 1.10.2009.

Toto tlačivo „Žiadosť o zmenu Investičného životného poistenia pre zdravie a dôchodok - 1. verzia“ NIE JE MOŽNÉ použiť pre poisťné zmluvy Investičného životného poistenia pre zdravie a dôchodok s VPP platnými od 1.2.2011, od 1.4.2013, od 1.1.2014, od 1.4.2014, od 1.11.2014, od 1.12.2015, od 1.12.2017 a od 15.6.2018.

**POISŤNÍK/POISTENÝ**  Právnická osoba  Fyzická osoba:  Žena  Muž

1,2,3,4 vid' vysvetlenie na strane 4/4

Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno)		Dátum narodenia	
Vzťah k druhému poistenému <sup>1</sup>		Druh a číslo dokladu totožnosti	
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo (sídlo)		Obec	PSČ
Korešpondenčná adresa <sup>2</sup>		Obec	PSČ
Štátne občianstvo	Tel. číslo	E-mail	
Označenie úradného registra/úradnej evidencie		Číslo zápisu do registra/evidencie	
Svojím podpisom potvrdzujem, že mám miesto narodenia v USA, som štátny občan USA, mám daňovú povinnosť v USA. <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie			
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			
Miesto narodenia (Obec/mesto narodenia)		Štát narodenia	
Daňové identifikačné číslo <sup>3</sup> (v prípade občanov SR s trvalým pobytom na území SR uviesť len vtedy, ak Slovenská republika nie je štátom daňovej rezidencie klienta)		Štát daňovej rezidencie <sup>4</sup>	

OSOBA OPRAVNĚNÁ KONAJŤ V MENE

<input type="checkbox"/> POISŤNÍKA/POISTENÉHO <input type="checkbox"/> DRUHÉHO POISTENÉHO (napr. konateľ, člen predstavenstva, zákonný zástupca - v prípade maloletého)	
Meno, priezvisko, titul	
Rodné číslo	
Pozícia	
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	
Miesto narodenia (Obec/mesto narodenia)	
Štát narodenia	
Daňové identifikačné číslo <sup>3</sup> (v prípade občanov SR s trvalým pobytom na území SR uviesť len vtedy, ak Slovenská republika nie je štátom daňovej rezidencie klienta)	
Štát daňovej rezidencie <sup>4</sup>	
Meno, priezvisko, titul	
Rodné číslo	
Pozícia	
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	
Miesto narodenia (Obec/mesto narodenia)	
Štát narodenia	
Daňové identifikačné číslo <sup>3</sup> (v prípade občanov SR s trvalým pobytom na území SR uviesť len vtedy, ak Slovenská republika nie je štátom daňovej rezidencie klienta)	
Štát daňovej rezidencie <sup>4</sup>	

**DRUHÝ POISTENÝ** Fyzická osoba:  Žena  Muž

Meno, priezvisko, titul	Dátum narodenia
Druh a číslo dokladu totožnosti	Rodné číslo

Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo		Obec	PSC
Štátne občianstvo	Tel. číslo	E-mail	
Svojím podpisom potvrdzujem, že mám miesto narodenia v USA, som štátny občan USA, mám daňovú povinnosť v USA. <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie			
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			
Miesto narodenia (Obec/mesto narodenia)		Štát narodenia	
Daňové identifikačné číslo <sup>3</sup> (v prípade občanov SR s trvalým pobytom na území SR uviesť len vtedy, ak Slovenská republika nie je štátom daňovej rezidencie klienta)		Štát daňovej rezidencie <sup>4</sup>	

### ŽIADAM O ZMENU

	POISTNÍK / POISTENÝ	DRUHÝ / POISTENÝ
<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"/>

#### Bankového spojenia poisťníka na:

Číslo účtu:

 -  / 

IBAN príjemcu:

SWIFT / BIC banky príjemcu:

#### Doplnenie ďalšej oprávnenej osoby:

\*vzťah v čase podpísania tejto žiadosti o zmenu poisťnej zmluvy

Oprávnená osoba v prípade smrti poisťníka / poisteného

Meno, priezvisko, dátum narodenia, vzťah k poisťníkovi,\* príslušné percento

Oprávnená osoba v prípade smrti druhého poisteného\*\*

Meno, priezvisko, dátum narodenia, vzťah k druhému poistenému,\* príslušné percento

#### Zmenu oprávnenej osoby so zrušením doterajších oprávnených osôb:

Oprávnená osoba v prípade smrti poisťníka / poisteného

Meno, priezvisko, dátum narodenia, vzťah k poisťníkovi,\* príslušné percento

Oprávnená osoba v prípade smrti druhého poisteného\*\*

Meno, priezvisko, dátum narodenia, vzťah k druhému poistenému,\* príslušné percento

\*\*Súhlasím so zmenou alebo doplnením oprávnených osôb poisťníkom

.....  
podpis druhého poisteného

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

Formy platenia na:

poštovou poukázkou  zrážkou zo mzdy  trvalým príkazom na úhradu

#### Dojednanie vinkulácie poisťného plnenia

Poisťník Peňažný ústav  Číslo účtu  Vinkulovaná suma  €

Druhý poistený Peňažný ústav  Číslo účtu  Vinkulovaná suma  €

#### Zrušenie vinkulácie poisťného plnenia

Poisťník Peňažný ústav  Číslo účtu  Vinkulovaná suma  €

Druhý poistený Peňažný ústav  Číslo účtu  Vinkulovaná suma  €

#### Zmenu existujúcej vinkulácie

Poisťník Peňažný ústav  Číslo účtu  Vinkulovaná suma  €

Druhý poistený Peňažný ústav  Číslo účtu  Vinkulovaná suma  €

#### Na vinkuláciu poisťného plnenia

Poisťník Peňažný ústav  Číslo účtu  Vinkulovaná suma  €

Druhý poistený Peňažný ústav  Číslo účtu  Vinkulovaná suma  €

<input type="checkbox"/> Zmenu alokačného pomeru na:	Investičná stratégia:	<input type="checkbox"/> Konzervatívna	<input type="checkbox"/> Vyvážená	<input type="checkbox"/> Dynamická	<input type="checkbox"/> Vlastná
FW - Fond Wüstenrot		5 0 %	2 0 %	x x %	
SPT - IQAM Balanced Protect 95 (RT) (Fond výkonu a záruky)		5 0 %	2 0 %	x x %	
SEEM - IQAM Equity Emerging Markets (RT) (Fond rýchlo rastúcich krajín)		x x %	2 0 %	2 0 %	
SESG - IQAM Balanced Select Global (Fond globálnych investícií)		x x %	2 0 %	3 0 %	
ATRB - C - Quadrat ARTS Total Return Balanced		x x %	2 0 %	2 0 %	
TAAF - TAM - Americký akciový fond		x x %	x x %	3 0 %	
					Spolu: 1 0 0 %

<input type="checkbox"/> Presun podielových jednotiek:	v počte: _____ ks	z fondu: _____	do fondu: _____
	v počte: _____ ks	z fondu: _____	do fondu: _____
	v počte: _____ ks	z fondu: _____	do fondu: _____

<input type="checkbox"/> Dojednanie ochrany poistenia pred infláciou	<input type="checkbox"/> Zrušenie ochrany poistenia pred infláciou	<input type="checkbox"/> Odmietam ponuku inflačného zvýšenia
<input type="checkbox"/> Zmenu poistenia na poistenie v splatenom stave	<input type="checkbox"/> Zmenu poistenia v splatenom stave na poistenie s bežne plateným dohodnutým minimálnym mesačným poistným	

Poistenie pre prípad	Dojednanie/Zmenu poistnej sumy (PS)		Zrušenie poistenia	
	POISTNÍK / POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ	POISTNÍK / POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
smrti	_____ €	_____ €	_____	_____
diagnostikovania kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti	_____ €	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
poberania invalidného dôchodku	mesačne _____ €	mesačne _____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smrti spôsobenej úrazom	_____ €	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trvalých následkov v dôsledku úrazu	_____ €	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trvalých následkov v dôsledku úrazu s progresiou 400 % ***	_____ €	_____ €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oslobodenia od platenia poistného v prípade priznania invalidného dôchodku	<input type="checkbox"/> áno	_____	<input type="checkbox"/>	_____

\*\*\*platí len pre PZ IŽP s VPP od 1.10.2009

Zmenu dohodnutého minimálneho mesačného poistného na: \_\_\_\_\_ €

Zvýšenie dohodnutého minimálneho poistného poisťovňa neakceptuje v období pred koncom poistnej zmluvy, ktoré je kratšie ako je doba odúčtovania zodpovedajúceho podielu počiatočných nákladov v zmysle Všeobecných poistných podmienok pre investičné životné poistenie pre zdravie a dôchodok.

Predĺženie poistnej doby do výročného dňa poistného roku, v ktorom poistený pre prípad dožitia dosiahne 75. rok veku.

Poisťovňa prijme návrh poistníka na predĺženie poistnej doby ak:

- poistník doručil návrh na predĺženie poistnej doby poisťovni najskôr 1 rok a najneskôr 14 kalendárnych dní pred dňom stanoveným v poistnej zmluve ako deň dožitia,
- hodnota fondového účtu je v deň spracovania návrhu na predĺženie poistnej doby vyššia ako 1000 eur.

Predĺžením poistnej doby dôjde k ukončeniu všetkých poistení pre obe poistené osoby okrem poistenia pre prípad smrti s poistnou sumou 1000 eur pre poisteného, ktorý má dojednané poistenie pre prípad dožitia.

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

