

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 je neoddeliteľnou
 súčasťou poisťnej zmluvy číslo:

Spracovateľ:

Z3T1 GDPR 06/2023

ŽIADOSŤ O ZMENU POISŤNEJ ZMLUVY
KOMPLEXNÉ RIZIKOVÉ POISŤENIE S VRÁTENÍM ČASŤI POISŤNÉHO
POISŤNÍK/POISŤENÝ Právnická osoba Fyzická osoba: Žena Muž ^{1,2} vid' vysvetlenie na strane 5/5

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 Dojednanie ochrany poistenia pred infláciou Zrušenie ochrany poistenia pred infláciou Odmietam ponuku inflačného zvýšenia**Inú zmenu:****ŽIADAM O**

Doplnenie ďalšej oprávnenej osoby:	POISTNÍK/POISTENÝ		DRUHÝ POISTENÝ³	
poistenie pre prípad:	oprávnené osoby		oprávnené osoby	
	meno, priezvisko, dátum narodenia, vzťah	percento	meno, priezvisko, dátum narodenia, vzťah	percento
smrti spôsobenej úrazom - FIX		%		%
		%		%
smrti spôsobenej úrazom		%		%
		%		%
smrti s konštantnou poistnou sumou		%		%
		%		%
smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 %		%		%
		%		%
smrti jedného z poistených s konštantnou poistnou sumou		%		%
		%		%
smrti jedného z poistených s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 %		%		%
		%		%

Zmenu oprávnenej osoby so zrušením doterajších oprávnených osôb:	POISTNÍK/POISTENÝ		DRUHÝ POISTENÝ³	
poistenie pre prípad:	oprávnené osoby		oprávnené osoby	
	meno, priezvisko, dátum narodenia, vzťah	percento	meno, priezvisko, dátum narodenia, vzťah	percento
smrti spôsobenej úrazom - FIX		%		%
		%		%
smrti spôsobenej úrazom		%		%
		%		%
smrti s konštantnou poistnou sumou		%		%
		%		%
smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 %		%		%
		%		%
smrti jedného z poistených s konštantnou poistnou sumou		%		%
		%		%
smrti jedného z poistených s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 %		%		%
		%		%

³ Súhlasím so zmenou alebo doplnením oprávnených osôb poisníkom (súhlas sa vyplňa v prípade, ak oprávnené osoby v poistení pre prípad smrti druhého poisteného mení alebo doplnia poisník)

.....
Podpis druhého poisteného

ŽIADAM O

Dojednanie vinkulácie poistného plnenia

<input type="checkbox"/> Poistník	Poistenie	<input type="text"/>	Peňažný ústav	<input type="text"/>	Číslo účtu	<input type="text"/>	Vinkulovaná suma	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> Druhý poistený		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	€

Zrušenie vinkulácie poistného plnenia

<input type="checkbox"/> Poistník	Poistenie	<input type="text"/>	Peňažný ústav	<input type="text"/>	Číslo účtu	<input type="text"/>	Vinkulovaná suma	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> Druhý poistený		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	€

Zmenu existujúcej vinkulácie

<input type="checkbox"/> Poistník	Poistenie	<input type="text"/>	Peňažný ústav	<input type="text"/>	Číslo účtu	<input type="text"/>	Vinkulovaná suma	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> Druhý poistený		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	€

Na vinkuláciu poistného plnenia

<input type="checkbox"/> Poistník	Poistenie	<input type="text"/>	Peňažný ústav	<input type="text"/>	Číslo účtu	<input type="text"/>	Vinkulovaná suma	<input type="text"/>	€
<input type="checkbox"/> Druhý poistený		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	€

Zmenu doby poistenia⁴: na rokov⁴

Zmenu doby poistenia pre poistenie⁴:

	Poistník/ poistený	Druhý poistený		Poistník/poistený a druhý poistený
<input type="checkbox"/> smrti spôsobenej úrazom na	<input type="text"/> rokov ³	<input type="text"/> rokov ³	<input type="checkbox"/>	smrti jedného z poistených s konštantnou poistnou sumou na <input type="text"/> rokov ³
<input type="checkbox"/> smrti s konštantnou poistnou sumou na	<input type="text"/> rokov ³	<input type="text"/> rokov ³	<input type="checkbox"/>	smrti jedného z poistených s lineárne klesajúcou poistnou sumou na <input type="text"/> rokov ³
<input type="checkbox"/> smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou na	<input type="text"/> rokov ³	<input type="text"/> rokov ³		

⁴Poistná doba pre celú poistnú zmluvu je zhodná s najdlhšou poistnou dobou stanovenou pre niektoré z voliteľných poistení pre prípad smrti. Pokiaľ si klient nezvolil ani jedno poistenie pre prípad smrti (okrem povinného poistenia smrti následkom úrazu - FIX), klient si v žiadosti o zmenu stanoví poistnú dobu spoločnú pre všetky dojednané poistenia z blokov úraz, choroba, denné dávky a pre poistenie invalidity. Poistenie pre prípad **trvalých následkov úrazu s progresiou 400 %, smrti spôsobenej úrazom, smrti s konštantnou poistnou sumou, smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 %, smrti jedného z poistených s konštantnou poistnou sumou, smrti jedného z poistených s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 %, chirurgického zákroku v dôsledku úrazu** automaticky prestáva byť súčasťou poistnej zmluvy uplynutím poistného roka, ktorého koniec pripadne na kalendárny rok, v ktorom poistený/ druhý poistený dovŕši vek 75 rokov. **Poistenie dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu, oslobodenia od platenia poistného v prípade invalidity, poistenia invalidity, diagnostikovania kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti, chirurgického zákroku v dôsledku choroby, dennej dávky za hospitalizáciu, dennej dávky za hospitalizáciu s následnou rekonvalescenciou a poistenie dennej dávky za pracovnú neschopnosť** automaticky prestávajú byť súčasťou poistnej zmluvy uplynutím poistného roka, ktorého koniec pripadne na kalendárny rok, v ktorom poistený/ druhý poistený dovŕši vek 65 rokov.

ŽIADAM O

Zmenu poistnej sumy poistenia v dojednanom balíku na: /Dojednanie poistného krytia poistenia pre prípad:

Zrušenie dojednaného poistenia pre prípad:

základné poistenie	POISTENIE PRE PRÍPAD:	POISTNÍK/POISTENÝ Poistná suma (PS)	DRUHÝ POISTENÝ Poistná suma (PS)		
				POISTNÍK/ POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
	smrti spôsobenej úrazom - FIX (povinné pre každú poistenú osobu)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €		
blok SMŔŤ	smrti s konštantnou poistnou sumou	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 %	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	smrti spôsobenej úrazom	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		POISTNÍK/POISTENÝ A DRUHÝ POISTENÝ		POISTNÍK/POISTENÝ A DRUHÝ POISTENÝ	
	POISTENIE PRE PRÍPAD:	Poistná suma (PS)			
	smrti jedného z poistených s konštantnou poistnou sumou	<input type="text"/> €		<input type="checkbox"/>	
	smrti jedného z poistených s lineárne klesajúcou poistnou sumou na 0 %	<input type="text"/> €		<input type="checkbox"/>	

Upozornenie: Poistník/poistený a druhý poistený si môže zvoliť ľubovoľný blok, prípadne kombináciu blokov. V rámci bloku je možné zvoliť vždy len jeden z balíkov. Všetky poistenia uvedené v rámci zvoleného balíka sú povinné.

ŽIADAM O
Zmenu poistnej sumy poistenia na: (vyplňte len PS poistenia, u ktorého dochádza k zmene)
/Dojednanie poistného krytia: (vyplňte PS všetkých poistení zvoleného balíka v príslušnom bloku)

Zrušenie poistného krytia:

POISTNÍK/POISTENÝ		BALÍK BASIC	BALÍK MEDIUM	BALÍK EXCLUSIVE	POISTNÍK/POISTENÝ	
POISTENIE PRE PRÍPAD:		Poistná suma (PS)	Poistná suma (PS)	Poistná suma (PS)		
blok ÚRAZY	trvalých následkov úrazu s progresiou 400 %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	blok ÚRAZY	
	dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu	_____	Maximálna PS <input type="text"/>	Maximálna PS <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> BALÍK BASIC
	chirurgického zákroku v dôsledku úrazu	_____	_____	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> BALÍK MEDIUM
blok CHOROBY	chirurgického zákroku v dôsledku choroby	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	blok CHOROBY	
	kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> BALÍK EXCLUSIVE
blok DENNÉ DÁVKY	dennej dávky za hospitalizáciu	Maximálna PS <input type="text"/>	Maximálna PS <input type="text"/>	_____	blok DENNÉ DÁVKY	
	dennej dávky za pracovnú neschopnosť	_____	Maximálna PS <input type="text"/>	Maximálna PS <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> BALÍK BASIC
	dennej dávky za hospitalizáciu s následnou rekonvalescenciou	_____	_____	Maximálna PS <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> BALÍK MEDIUM
blok INVALIDITA	invalidity	miera invalidity <input type="checkbox"/> nad 50 % <input type="text"/> € / mesačne <input type="checkbox"/> nad 70 %			blok INVALIDITA	
	oslobodenie od platenia poistného v prípade invalidity	<input type="checkbox"/> áno				<input type="checkbox"/> invalidity miera invalidity <input type="checkbox"/> nad 50 % <input type="checkbox"/> nad 70 %

DRUHÝ POISTENÝ		BALÍK BASIC	BALÍK MEDIUM	BALÍK EXCLUSIVE	DRUHÝ POISTENÝ	
POISTENIE PRE PRÍPAD:		Poistná suma (PS)	Poistná suma (PS)	Poistná suma (PS)		
blok ÚRAZY	trvalých následkov úrazu s progresiou 400 %	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	blok ÚRAZY	
	dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu	_____	Maximálna PS <input type="text"/>	Maximálna PS <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> BALÍK BASIC
	chirurgického zákroku v dôsledku úrazu	_____	_____	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> BALÍK MEDIUM
blok CHOROBY	chirurgického zákroku v dôsledku choroby	<input type="text"/>	_____	<input type="text"/>	blok CHOROBY	
	kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti	_____	<input type="text"/>	<input type="text"/>		<input type="checkbox"/> BALÍK EXCLUSIVE
blok DENNÉ DÁVKY	dennej dávky za hospitalizáciu	Maximálna PS <input type="text"/>	Maximálna PS <input type="text"/>	_____	blok DENNÉ DÁVKY	
	dennej dávky za pracovnú neschopnosť	_____	Maximálna PS <input type="text"/>	Maximálna PS <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> BALÍK BASIC
	dennej dávky za hospitalizáciu s následnou rekonvalescenciou	_____	_____	Maximálna PS <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> BALÍK MEDIUM
blok INVALIDITA	invalidity	miera invalidity <input type="checkbox"/> nad 50 % <input type="text"/> € / mesačne <input type="checkbox"/> nad 70 %			blok INVALIDITA	
						<input type="checkbox"/> invalidity miera invalidity <input type="checkbox"/> nad 50 % <input type="checkbox"/> nad 70 %

Upozornenie pre blok smrť: Každý z poistených má možnosť dojednať si ľubovольnú kombináciu poistení. **Upozornenie pre blok úraz:** PS pre poistenie dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu (DNL) môže byť maximálne vo výške 1/1 000 PS dojednanej pre poistenie trvalých následkov úrazu s progresiou 400 % a zároveň deti do dovŕšenia veku 18 rokov a všetky osoby bez trvalého príjmu zo zamestnaneckého pomeru alebo podnikateľskej činnosti si môžu dojednať krytie len vo výške minimálnej PS stanovenej pre DNL. **Upozornenie pre blok denných dávok:** Osoby bez trvalého príjmu zo zamestnaneckého pomeru alebo podnikateľskej činnosti nemôžu mať dojednané poistenie dennej dávky za pracovnú neschopnosť.

INFORMÁCIE O SPRACÚVANÍ OSOBNÝCH ÚDAJOV
1. Prevádzkovateľ osobných údajov
Wüstenrot poisťovňa, a.s.

sídlo: Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava, Slovenská republika, IČO: 31 383 408, spoločnosť je zapísaná v obchodnom registri Mestského súdu Bratislava III, 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 Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava alebo elektronicky na adrese DPO@wuestenrot.sk.

INFORMÁCIE O SPRACÚVANÍ OSOBNÝCH ÚDAJOV

2. Účely spracúvania osobných údajov zo strany Wüstenrot

- uzatváranie, evidencia a správa poisťných zmlúv, vrátane starostlivosti o klienta (napr. klientsky portál)
 - zaistenie
 - likvidácia poisťných 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 poisťnej 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 poisťnú zmluvu.

4. Kategórie príjemcov, ktorým môžu byť poskytnuté osobné údaje

- finanční agenti
 - poskytovatelia IT služieb
 - asistenčné spoločnosti
 - zaisťovne
 - 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

5. Doba uchovávania 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 poisťnej zmluvy, kalkulácie poisťného a správy poisťnej 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

Vyhlásenia poisťníka/druhého poisteného

Vyhlasujem, že finančné prostriedky použité na platenie poisťného sú v mojom vlastníctve. Ak použijem na platenie poisťného finančné prostriedky vo vlastníctve inej osoby, zaväzujem sa bezodkladne písomne oznámiť Wüstenrot poisťovní, a.s. túto skutočnosť vrátane identifikačných údajov tejto osoby. Poisťník/poistený/osoba oprávnená konať v mene poisťníka je povinná poisťovní 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

.....
dátum a miesto

.....
podpis poisťníka/poisteného alebo jeho zákonného zástupcu
(ak za poisťníka, maloletého, podpisuje zákonný zástupca,
uvedte vzťah k poisťníkovi, napr. matka)

.....
podpis druhého poisteného alebo jeho zákonného zástupcu
(ak za poisteného, maloletého, podpisuje zákonný zástupca,
uvedte vzťah k druhému poistenému, napr. matka)

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

¹Vzťah v čase podpísania tejto žiadosti o zmenu. ²Vyplniť iba v prípade, ak je iná ako adresa trvalého pobytu.