



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

4. 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

GDPR 07/2019

### Investičného životného poistenia pre zdravie a dôchodok

Spracovateľ:

#### POUČENIE

Toto tlačivo „Žiadosť o zmenu Investičného životného poistenia pre zdravie a dôchodok - 4. verzia“ vyplnía 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. 4. 2014 a od 1.11.2014.

**Toto tlačivo „Žiadosť o zmenu Investičného životného poistenia pre zdravie a dôchodok - 4. verzia“ NIE JE MOŽNÉ použiť pre poisťné zmluvy Investičného životného poistenia pre zdravie a dôchodok s VPP platnými od 1.7.2006, od 2.1.2007, od 1.1.2009, od 1.10.2009, od 1.2.2011, od 1.4.2013, od 1.1.2014 od 1.12.2015 od 1.12.2017 a od 15.6.2018.**

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

<sup>1,2,3,4</sup> vid' vysvetlenie na strane 5/5

Meno, priezvisko, titul (Obchodné meno)		Dátum narodenia	<input type="text"/>
Vzťah k druhému poistenému <sup>1</sup>	Druh a číslo dokladu totožnosti	Rodné číslo(IČO)	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo (sídlo)	Obec	PSČ	<input type="text"/>
Korešpondenčná adresa <sup>2</sup>	Obec	PSČ	<input type="text"/>
Štátne občianstvo	Tel. číslo	E-mail	<input type="text"/>
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 OPRAVĚNÁ KONAT' V MENE

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

Meno, priezvisko, titul	Rodné číslo	<input type="text"/>
Pozícia	Štátne občianstvo	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo	Obec	PSČ <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		
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	<input type="text"/>
Pozícia	Štátne občianstvo	<input type="text"/>
Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo	Obec	PSČ <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		
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	<input type="text"/>
Druh a číslo dokladu totožnosti	Rodné číslo	<input type="text"/>

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 - Spängler IQAM Equity 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	v počte:		ks	z fondu:		do fondu:	
<input type="checkbox"/> podielových jednotiek:	v počte:		ks	z fondu:		do fondu:	
	v počte:		ks	z fondu:		do fondu:	

- Dojednanie ochrany poistenia pred infláciou
  Zrušenie ochrany poistenia pred infláciou
  Odmietam ponuku inflačného zvýšenia
- Zmenu poistenia na poistenie v splatenom stave
  Zmenu poistenia v splatenom stave na poistenie s bežne plateným dohodnutým minimálnym mesačným poistným

**UPOZORNENIE k denným dávkam:** Deti do dovŕšenia veku 18 rokov a všetky osoby bez trvalého príjmu zo zamestnaneckého pomeru alebo podnikateľskej činnosti si môžu dojednať poistnú sumu pre poistenie dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu a/alebo dennej dávky za pracovnú neschopnosť len vo výške minimálnej poistnej sumy stanovenej pre dané poistenie.

Poistenie pre prípad:	***Maximálna PS bez ocenenia rizík poisteného:	
trvalých následkov v dôsledku úrazu	20 000 €	Ak dojednaná PS prekročí uvedenú hranicu, alebo je dojednané akékoľvek iné poistenie, vyplňte Zdravotný dotazník.
smrti spôsobenej úrazom	20 000 €	

Poistenie pre prípad	Dojednanie/Zmenu poistnej sumy (PS)		Zrušenie poistenia	
	POISTNÍK / POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ	POISTNÍK / POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
smrti s konštantnou poistnou sumou			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou	<input type="checkbox"/> 0 % <input type="checkbox"/> 25 % 	<input type="checkbox"/> 0 % <input type="checkbox"/> 25 % 	<input type="checkbox"/> 0 % <input type="checkbox"/> 25 % 	<input type="checkbox"/> 0 % <input type="checkbox"/> 25 % 
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"/>
smrti spôsobenej úrazom***			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diagnostikovania kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dennej dávky za hospitalizáciu			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu	karenčná doba: <input type="checkbox"/> 8 dní <input type="checkbox"/> 14 dní maximálna PS <input type="checkbox"/> €	karenčná doba: <input type="checkbox"/> 8 dní <input type="checkbox"/> 14 dní maximálna PS <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> 8 dní <input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 8 dní <input type="checkbox"/> 14 dní	<input type="checkbox"/> 8 dní <input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 8 dní <input type="checkbox"/> 14 dní
dennej dávky za pracovnú neschopnosť	karenčná doba: <input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní maximálna PS <input type="checkbox"/> €	karenčná doba: <input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní maximálna PS <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní <input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní	<input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní <input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní
invalidity	mesačne <input type="checkbox"/> €	mesačne <input type="checkbox"/> €	<input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní <input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní	<input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní <input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní
oslobodenia od platenia poistného v prípade invalidity	<input type="checkbox"/> áno		<input type="checkbox"/>	

Zmenu dohodnutého minimálneho mesačného poistného na:  €

Zvýšenie dohodnutého minimálneho poistného poistovníka neakceptuje v období pred koncom poistnej zmluvy, ktoré je kratšie ako je doba odúčtovania zodpovedajúceho podielu počiatkových 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.

Poistovníka prijme návrh poistníka na predĺženie poistnej doby ak:

- poistník doručil návrh na predĺženie poistnej doby poistovníkovi 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:**

**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 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 odhalovania 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](http://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](http://www.wuestenrot.sk) v časti Ochrana osobných údajov a tiež na obchodných miestach Wüstenrotu.

**VYHLÁSENIA**

Poistník žiada o odovzdanie KID\* formou (vyberte len jednu možnosť) :  papier  iné trvanlivé médium (adresný e-mail s prílohou)\*\*  webová stránka poisťiteľa

\*záznam o odovzdaní Dokumentu s kľúčovými informáciami podľa Nariadenia Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) č. 1286/2014 o dokumentoch s kľúčovými informáciami pre štrukturalizované retailové investičné produkty a investičné produkty založené na poistení (PRIIP). KID je prístupný na webovej stránke poisťovne [www.wuestenrot.sk](http://www.wuestenrot.sk) na mieste s adresou <https://www.wuestenrot.sk/informacie/dokumenty-zivotne-poistenie>.

\*\*možno vybrať len v prípade, ak klient uviedol do návrhu poisťnej zmluvy e-mailovú adresu

Poistník podpisom žiadosti o zmenu potvrdzuje, že mu bol KID v závislosti od zvolenej možnosti odovzdaný v písomnej forme pred podpisom žiadosti o zmenu poisťníkom alebo poskytnutý e-mailom s prílohou na adresu uvedenú v žiadosti o zmenu alebo predložený prostredníctvom webovej stránky <https://www.wuestenrot.sk/informacie/dokumenty-zivotne-poistenie>

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. Poistník/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 vykonal identifikáciu a overenie identifikácie poistníka/poisteného/osoby oprávnenej konať v mene poistníka 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:	<input type="text"/>	Meno a priezvisko zástupcu:	<input type="text"/>	Registračné číslo NBS*:	<input type="text"/>
Telefonický kontakt zástupcu:	<input type="text"/>	E-mailová adresa zástupcu:	<input type="text"/>		
Osobné/MA číslo:	<input type="text"/>	Spoločnosť zástupcu:	<input type="text"/>		..... podpis a pečiatka zástupcu, Wüstenrot poistovňa, a. s.

\*nevyplňa VFA

#### VYSVETLIVKY

<sup>1</sup> Vzťah v čase podpísania žiadosti o zmenu poistnej zmluvy. <sup>2</sup> Vyplniť iba v prípade, ak je iná ako adresa trvalého pobytu. <sup>3</sup> Daňové identifikačné číslo klient uvedie, ak mu bolo pridelené. V prípade, ak klient nemá vedomosť o pridelení daňového identifikačného čísla, je povinný túto skutočnosť overiť a v prípade jeho získania bezodkladne tento údaj písomne doručiť poisťovni. <sup>4</sup> Štát daňovej rezidencie – štát, v ktorom klient platí dane zo svojich celosvetových príjmov.