



Žiadosť o zmenu poistnej zmluvy **HODNOTA ŽIVOTA - rizikové životné poistenie**

1. verzia

wustenrot

ŽIVOT SA MENÍ RÝCHLO

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
 Karadžičova 17, 825 22 Bratislava 26, SR
 IČO: 31 383 408, DIČ: 2020843561,
 IČ DPH: SK7120001559
 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:

ŽIADOSŤ O ZMENU POISŤNEJ ZMLUVY
HODNOTA ŽIVOTA - RIZIKOVÉ ŽIVOTNÉ POISTENIE

Z3T1 GDPR 01/2020

POISŤNÍK / POISTENÝ	<input type="checkbox"/> Právnická osoba		Fyzická osoba: <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> 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		Rodné číslo(IČO)		
	Adresa trvalého pobytu ulica, súpisné číslo (sídlo)			Obec	PSČ		
	Korešpondenčná adresa ²			Obec	PSČ		
	Štátne občianstvo		Tel. číslo		E-mail		
	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 OPRÁVNENÁ KONAŤ V MENE	<input type="checkbox"/> POISŤNÍKA/POISTENÉHO		<input type="checkbox"/> DRUHÉHO POISTENÉHO (napr. konateľ, člen predstavenstva, zákonný zástupca)			
		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 POISTENÝ		Fyzická osoba: <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> 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		
	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/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"/>

ŽIADAM O**Zmenu bankového spojenia poistníka 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

ŽIADAM O**Zmenu oprávnených osôb na:**

Oprávnená osoba v prípade smrti poistníka/ poisteného

1.

2.

3.

Meno, priezvisko, dátum narodenia, vzťah k poistníkovi³, príslušné percento (súčet percentuálneho rozdelenia všetkých oprávnených osôb musí byť 100 %)

Oprávnená osoba v prípade smrti druhého poisteného⁴

1.

2.

3.

Meno, priezvisko, dátum narodenia, vzťah k druhému poistenému, príslušné percento (súčet percentuálneho rozdelenia všetkých oprávnených osôb musí byť 100 %)

.....
Podpis druhého poisteného

³ Vzťah v čase podpísania tejto žiadosti o zmenu ⁴ Súhlasím so zmenou alebo doplnením oprávnených osôb poistníkom (súhlas sa vyplňa v prípade, ak oprávnené osoby v poistení pre prípad smrti druhého poisteného mení alebo dopĺňa poistník)

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"/>	€

ŽIADAM O

Dojednanie/zmenu poistnej sumy poistenia :	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ	Zrušenie poistenia :	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
Poistenie pre prípad smrti*	<input type="checkbox"/> fajčiar ⁵ <input type="checkbox"/> nefajčiar ⁶	<input type="checkbox"/> fajčiar ⁵ <input type="checkbox"/> nefajčiar ⁶			
	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €			
Poistenie pre prípad rakoviny**	<input type="checkbox"/> fajčiar ⁵ <input type="checkbox"/> nefajčiar ⁶	<input type="checkbox"/> fajčiar ⁵ <input type="checkbox"/> nefajčiar ⁶			
	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €			
Wüstenrot ochrany po úraze	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> €	Wüstenrot ochrany po úraze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidity s jednorázovou výplatom	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/> <input type="text"/> €	Invalidity s jednorázovou výplatom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Minimálna výška poistnej sumy pre poistenie smrti je 1000 €, samostatné poistenie nie je možné v poistnej zmluve zrušiť.

** Minimálna výška poistnej sumy pre poistenie rakoviny je 5000 €, samostatné poistenie nie je možné v poistnej zmluve zrušiť.

⁵ Fajčiar je každý, kto v čase podpisania žiadosti o zmenu poistnej zmluvy fajčí aktívne cigarety, cigary, elektronické cigarety alebo vodnú fajku alebo iným spôsobom užíva tabakové výrobky alebo iné porovnateľné výrobky, ktoré môžu byť príčinou vzniku rakoviny. Za fajčiara sa považuje aj osoba, ktorá v minulosti fajčila, ak od posledného aktívneho fajčenia neprešlo viac ako 10 rokov.

⁶ Nefajčiar je osoba, ktorá sa vyhýba aktívnemu fajčeniu a za posledný rok pred podpisáním tejto žiadosti o zmenu ani príležitostne nefajčila cigarety, cigary, elektronické cigarety alebo vodnú fajku alebo iným spôsobom neužívala tabakové výrobky alebo iné porovnateľné výrobky, ktoré môžu byť príčinou vzniku rakoviny, alebo ak uplynulo viac ako 10 rokov odkedy aktívne fajčila cigarety, cigary, elektronické cigarety alebo vodnú fajku alebo iným spôsobom užívala tabakové výrobky alebo iné porovnateľné výrobky, ktoré môžu byť príčinou vzniku rakoviny.

Zmenu doby poistenia: na rokov

Dojednanie ochrany poistenia pred infláciou Zrušenie ochrany poistenia pred infláciou Odmietam ponuku inflačného zvýšenia

i V dotazníku je nevyhnutné vyplniť odpovede na všetky otázky.

ČASŤ A (je nutné vypísať pre každú poistenú osobu, ak je dojednané poistenie rakoviny a smrti s poistnou sumou max. 1000 €)

ZDRAVOTNÝ DOTAZNÍK

	POISTNÍK/POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
1. Aká je vaša telesná výška a hmotnosť?	cm <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="text"/> <input type="text"/>	cm <input type="text"/> <input type="text"/> kg <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Ste v súčasnosti alebo boli ste v minulosti vyšetrovaný, sledovaný alebo liečený z dôvodu rakoviny alebo akéhokoľvek typu zhubného rastu, leukémie, lymfómu, myelómu, akejkol'vek prekancerózy alebo rakoviny in situ, ochorenia lupus erythematosus, portálna hypertenzia, ezofageálne varixy, nefroskleróza, polycystické obličky, cirhóza pečene, alebo ste mali pozitívny test na infikovanie HIV vírusom?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
3. Užívate alebo ste užívali:		
a. pravidelne lieky?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
b. návykové látky (napr. drogy), alebo ste sa niekedy podrobili liečbe zo závislosti na alkohole, návykových látkach alebo inej závislosti, prípadne vám táto liečba bola nariadená prípadne odporučená?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
4. Trpíte alebo trpeli ste ochoreniami, ťažkosťami alebo bolesťami:	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
a. pažeráka, žalúdka, dvanástnika, tenkého alebo hrubého čreva, konečníka, pečene, žlčníka alebo pankreasu, prípadne inými chorobami tráviaceho traktu (napr. Crohnova choroba, ulcerózna kolitída, celiakia, ileus, pankreatitída, polypóza, gastro-ezofagálny reflux, cukrovka),		
b. štítnej žľazy (napr. hyperfunkcia štítnej žľazy),		
c. pohlavných orgánov, obličiek a močových ciest (napr. zhoršené výsledky cytológie pri vyšetrení krčka maternice, bielkoviny alebo krv v moči, krv v stolici),		
d. kože (napr. dysplastické névy, psoriáza, erysipel),		
e. akéhokoľvek typu krvnej poruchy alebo imunitného systému (napr. zmena krvného obrazu, anémia, koagulačné poruchy, hemofília, krvácajúce cievyne poruchy, ochorenie sleziny),		
f. akéhokoľvek typu nezhubného nádoru (napr. polyp, adenóm, cysta),		
g. infekčnými alebo vírusovými, bakteriálnymi alebo plesňovými (napr. hepatitída typu B, C, D, E, HPV vírus)?		
h. ste momentálne práce neschopný?		
5. Vyskytlo sa u niektorého z vašich biologických rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov zhubné nádorové ochorenie?	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie
Ak ste na otázku odpovedali ÁNO, boli u vás niekedy zistené nepriaznivé výsledky genetických vyšetrení v súvislosti s nádorovým ochorením u vašich biologických rodičov alebo súrodencov? Ak áno, aké?		

Ak ste na niektorú z otázok v časti A, odpovedali ÁNO, tu prosím uveďte podrobnosti s číslom otázky, ktorú dopĺňate.

Číslo otázky	Poistník/poistený	Číslo otázky	Druhý poistený
5.	vek: <input type="text"/> choroba: <input type="text"/>	5.	vek: <input type="text"/> choroba: <input type="text"/>

ČASŤ B (vyplňte v prípade ak máte dojednané akékoľvek pripoistenie alebo poistenie smrti s poistnou sumou vyššou ako 1000 €)

6. Trpíte alebo trpeli ste ochoreniami, ťažkosťami alebo bolesťami:

POISTNÍK/POISTENÝ

 áno nie

DRUHÝ POISTENÝ

 áno nie

- srdca a ciev (napr. vysoký alebo kolísavý krvný tlak, búšenie srdca, bolesti na prsiach, poruchy srdcového rytmu, šelest na srdci, ischemická choroba srdca, angína pectoris, infarkt myokardu, embólia, trombóza, kŕčové žily),
- plúc a dýchacích ciest (napr. chronický zápal priedušiek, astma, tuberkulóza),
- látkovej výmeny alebo žliaz s vnútorným vylučovaním (napr. cukrovka, znížená funkcia štítnej žľazy, zvýšený cholesterol, zvýšené triglyceridy, dna), prípadne inými chorobami metabolizmu,
- očí alebo uší (napr. poruchy videnia, slepota, ochorenie sietnice, poruchy sluchu, hluchota, hluchonemosť),
- kostí, kĺbov alebo svalov (napr. choroby chrbtice, dlhšie pretrvávajúce bolesti v končatinách, reumatizmus),
- mozgu, nervov alebo duševnými ochoreniami (napr. silné bolesti hlavy, závrate, epilepsia, záchvaty, ochrnutie, mŕtvica, skleróza multiplex, duševné poruchy, depresie, pokus o samovraždu),
- ktoré vznikli ako trvalý následok po úraze? Ak áno, uveďte druh a rozsah trvalých následkov,
- inými v tomto zdravotnom dotazníku neuvedenými ochoreniami, poškodením zdravia alebo inými telesnými chybami,
- kvôli ktorým ste invalidný dôchodca alebo kvôli ktorým ste žiadali o invalidný dôchodok, prípadne pre ktoré bola u vás posudzovaná invalidita, prípadne pre ktoré ste zdravotne ťažko postihnutá osoba alebo osoba pripútaná na lôžko?

7. Boli u vás niekedy zistené nepriaznivé výsledky pri špeciálnych vyšetreniach, prípadne čakáte na výsledok vyšetrenia? (napr. EKG, MRI, PET, CT, rtg, usg, genetické testy),

 áno nie áno nie

8. Podstúpili ste nejaké hospitalizácie (z dôvodu diagnostiky, vyšetrenia, operácie, liečenia a pod.), alebo je u vás hospitalizácia plánovaná, prípadne vám bola odporúčaná?

 áno nie áno nie

Ak áno, priložte kópiu prepúšťacej lekárskej správy (správu nie je potrebné prikladať z operácie slepého čreva a mandlí).

9. Vyskytli sa u niektorého z vašich biologických rodičov alebo súrodencov pred dosiahnutím veku 60 rokov srdcovo-cievne ochorenia (napr. infarkt myokardu, náhla cievna mozgová príhoda, hypertrofičná kardiomyopatia), cukrovka, polycystické ochorenie obličiek, Alzheimerova choroba, Parkinsonova choroba, Skleróza multiplex, Huntingtonova chorea, prípadne iné?

 áno nie áno nie

Ak ste na niektorú z otázok v časti B, odpovedali ÁNO, tu prosím uveďte podrobnosti s číslom otázky, ktorú dopĺňate.

Číslo otázky	Poistník/poistený	Číslo otázky	Druhý poistený
9.	vek: choroba:	9.	vek: choroba:

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

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.

