

# **Žiadosť o zmenu poistnej zmluvy**

## **HODNOTA ŽIVOTA - rizikové životné poistenie**

1. 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:

## ŽIADOSŤ O ZMENU POISŤNEJ ZMLUVY

### HODNOTA ŽIVOTA - RIZIKOVÉ ŽIVOTNÉ POISTENIE

Z3T1 GDPR 11/2018

<b>POISŤNÍK / POISTENÝ</b>	<input type="checkbox"/> Právnická osoba		Fyzická osoba: <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> Muž		<sup>1,2</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		
	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						
	<b>OSOBA OPRÁVNENÁ KONAŤ V MENE</b>	<input type="checkbox"/> POISŤNÍKA/POISTENÉHO		<input type="checkbox"/> DRUHÉHO POISTENÉHO (napr. konateľ, člen predstavenstva, zákonný zástupca)			
		Meno, priezvisko, titul			Rodné číslo <input type="text"/>		
Pozícia			Štátne občianstvo				
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							
Meno, priezvisko, titul			Rodné číslo <input type="text"/>				
Pozícia			Štátne občianstvo				
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							
<b>DRUHÝ POISTENÝ</b>		Fyzická osoba: <input type="checkbox"/> Žena <input type="checkbox"/> 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		PSČ <input type="text"/>		
	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="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Adresy trvalého pobytu na:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Korešpondenčnej adresy na:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> E-mailovej adresy na:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Telefonického kontaktu na:	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SMS kontaktu na:	<input type="text"/>	<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 poistníkovi<sup>3</sup>, príslušné percento  
(súčet percentuálneho rozdelenia všetkých oprávnených osôb musí byť 100 %)

Oprávnená osoba v prípade smrti druhého poisteného<sup>4</sup>

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

<sup>3</sup> Vzťah v čase podpísania tejto žiadosti o zmenu <sup>4</sup> 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 <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> nefajčiar <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/> fajčiar <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> nefajčiar <sup>6</sup>			
	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €			
rakoviny**	<input type="checkbox"/> fajčiar <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> nefajčiar <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/> fajčiar <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> nefajčiar <sup>6</sup>			
	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €			
Wüstenrot ochrany po úraze	<input type="checkbox"/> fajčiar <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> nefajčiar <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/> fajčiar <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> nefajčiar <sup>6</sup>	Wüstenrot ochrany po úraze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidity s jednorázovou výplatom	<input type="checkbox"/> fajčiar <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> nefajčiar <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/> fajčiar <sup>5</sup> <input type="checkbox"/> nefajčiar <sup>6</sup>	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.

<sup>5</sup> 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.

<sup>6</sup> 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** Ak v zdravotnom dotazníku pri jednotlivých otázkach nie je označená odpoveď „áno“, ani odpoveď „nie“, platí ako odpoveď „nie“.

## 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"/> kg <input type="text"/>	cm <input type="text"/> kg <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 odporúčaná?	<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 odporúčená?

 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, hypertrofická 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](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.

## INFORMÁCIE O SPRACÚVANÍ OSOBNÝCH ÚDAJOV

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

VYHLÁSENIA A ZÁVEREČNÉ USTANOVENIA

### Vyhlasenia poistníka/poisteného a 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 .....

.....  
Dátum

.....  
Podpis poistníka/poisteného

.....  
Podpis druhého poisteného

Nižšie uvedený zástupca svojím 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 a 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\*:  .....  
Spoločnosť zástupcu:

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

\*nevypĺňa VFA

**W**SVETLIVKY <sup>1</sup> Vzťah v čase podpísania v tejto žiadosti o zmenu poistnej zmluvy.

<sup>2</sup> Vyplniť iba v prípade, ak je iná ako adresa trvalého pobytu.