

**ŽIADOSŤ O ZMENU POISTNEJ ZMLUVY**  
**ŽIVOTNÉ POISTENIE (ŽP)**

GDPR 01/2023

Žiadosť o zmenu je neoddeliteľnou  
 súčasťou poisťnej zmluvy číslo:

Spracovateľ: **POUČENIE**

Toto tlačivo „Žiadosť o zmenu poisťnej zmluvy Životné poistenie (ŽP) - 1. verzia“ vyplňa poisťník/poistený v prípade, ak poisťná zmluva bola dojednaná v súlade so Všeobecnými poisťnými podmienkami pre životné poistenie pre zdravie a dôchodok a rizikové poistenie, platnými od 1.4.2013 a od 15.12.2013.

**Toto tlačivo „Žiadosť o zmenu poisťnej zmluvy Životné poistenie (ŽP) - 1. verzia“ NIE JE MOŽNÉ použiť pre:**

- **poisťné zmluvy Životného poistenia pre zdravie a dôchodok a Rizikového poistenia, dojednané s VPP platnými od 1.4.2014 a od 1.11.2014.**
- **poisťné zmluvy Životného poistenia pre zdravie a dôchodok, dojednané s VPP platnými 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 <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	
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 OPRAVĽAVENÁ 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	
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	
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

3,4 vid' vysvetlenie na strane 4/4

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
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"/>

### Zmenu bankového spojenia poisťníka na:

Číslo účtu:

 -  / 

IBAN príjemcu:

SWIFT / BIC banky príjemcu:

### Zmenu poistného obdobia na:

- mesačné  polročné  
 štvrtročné  ročné

### Zmenu formy úhrady na:

- poštovou poukážkou  
 zrážkou zo mzdy  
 trvalým príkazom na úhradu

### Doplnenie ďalšej oprávnenej osoby:

\*vzťah v čase podpísania tejto žiadosti o zmenu poistnej 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

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

.....  
podpis druhého poisteného

### Dojednanie vinkulácie poistného plnenia

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

### Zrušenie vinkulácie poistného plnenia

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

### Zmenu existujúcej vinkulácie

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

### Na vinkuláciu poistného plnenia

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

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

Redukciu poistnej sumy

Zmenu poistnej doby\*\* na:   rokov

\*\*Poistenia pre prípad smrti s konštantnou poistnou sumou, smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou, smrti spôsobenej úrazom, trvalých následkov v dôsledku úrazu a trvalých následkov v dôsledku úrazu s progresiou 400% automaticky prestávajú byť súčasťou poistnej zmluvy uplynutím poistného roka, ktorého koniec prípadne na kalendárny rok, v ktorom poistený / druhý poistený dovŕši vek 75 rokov. Poistenia diagnostikovania kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti, dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu, dennej dávky za hospitalizáciu, dennej dávky za pracovnú neschopnosť, poistenie pre prípad invalidity a poistenia oslobodenia od platenia poistného v prípade invalidity automaticky prestávajú byť súčasťou poistnej zmluvy uplynutím poistného roka, ktorého koniec prípadne na kalendárny rok, v ktorom poistený / druhý poistený dovŕši vek 65 rokov.

## ŽIADAM O

**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:		
dožitia alebo smrti	2 000 €	Pri dojednaní kombinácie týchto poistení vyplňte Zdravotný dotazník a časť Povolanie, športové a záujmové aktivity.	Ak dojednaná PS prekročí uvedenú hranicu, alebo je dojednané akékoľvek iné poistenie, vyplňte Zdravotný dotazník a časť Povolanie, športové a záujmové aktivity.
smrti s konštantnou poistnou sumou	2 000 €		
smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou	2 000 €		
trvalých následkov v dôsledku úrazu	20 000 €		
smrti spôsobenej úrazom	20 000 €		

Poistenie pre prípad	Dojednanie / Zmenu poistnej sumy (PS)		Zrušenie poistenia	
	POISTNÍK / POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ	POISTNÍK / POISTENÝ	DRUHÝ POISTENÝ
dožitia alebo smrti *** (je možné dojednať len pre jednu z poistených osôb)	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smrti s konštantnou poistnou sumou ***	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smrti s lineárne klesajúcou poistnou sumou ***	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
diagnostikovania kritickej choroby alebo vzniku diagnostikovanej skutočnosti	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trvalých následkov v dôsledku úrazu ***	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trvalých následkov v dôsledku úrazu s progresiou 400 %	<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"/>
dennej dávky za hospitalizáciu	<input type="text"/> €	<input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu	maximálna PS <input type="text"/> €	maximálna PS <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dennej dávky za pracovnú neschopnosť	karenčná doba: <input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní maximálna PS <input type="text"/> €	karenčná doba: <input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní maximálna PS <input type="text"/> €	karenčná doba: <input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní	karenčná doba: <input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní
poberania invalidného dôchodku	mesačne <input type="text"/> €	mesačne <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oslobodenia od platenia poistného v prípade priznania invalidného dôchodku	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Inú zmenu:

## 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 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 Digital Park I, Einsteinova 21, 851 01 Bratislava alebo elektronicky na adrese DPO@wuestenrot.sk.

### 2. Účely spracúvania osobných údajov zo strany Wüstenrot

- uzatváranie, evidencie 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 sťažáže
- 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 poisťovnej 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 poisťovnú 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 poisťovnej zmluvy, kalkulácie poisťného a správy poisťovnej 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

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 poistníka je povinná poisťovní bezodkladne oznámiť vznik alebo zánik statusu politicky exponovanej osoby podľa zákona č. 297/2008. Z.z.

Potvrdzujem, že som bol oboznámený so skutočnosťami, že pri spracovaní žiadosti o technickú zmenu poistenia sa vychádza z aktuálneho technického veku poisteného, doby, ktorá zostáva do konca poistenia a technického začiatku zmeny poistenia; v prípade, ak v čase zmeny poistenia bude vytvorená kladná technická rezerva, táto sa započíta, čo bude mať za následok zodpovedajúce zníženie lehotného poisťného; zmenou poistenia zároveň dôjde k zmene výšky minimálnej garantovanej odkupnej hodnoty a predpokladanej poisťnej sumy. 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 poistníka/poisteného alebo jeho zákonného zástupcu  
(ak za poistníka, maloletého, podpisuje zákonný zástupca,  
uvedte vzťah k poistníkovi, 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:  Meno a priezvisko zástupcu:

Telefonický kontakt zástupcu:  E-mailová adresa zástupcu:

Spoločnosť zástupcu:

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

<sup>1</sup> Vzťah v čase podpisania žiadosti o zmenu poisťovnej 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 poisťovní.

<sup>4</sup> Štát daňovej rezidencie – štát, v ktorom klient platí dane zo svojich celosvetových príjmov.