

Žiadosť o zmenu poistnej zmluvy Životné poistenie (ŽP)

1. verzia

wustenrot

ŽIVOT SA MENÍ RÝCHLO

ŽIADOSŤ O ZMENU POISTNEJ ZMLUVY ŽIVOTNÉ POISTENIE (ŽP)

GDPR 02/2020

Žiadosť o zmenu je neoddeliteľnou
 súčasťou poistnej zmluvy číslo:

Spracovateľ:

POUČENIE

Toto tlačivo „Žiadosť o zmenu poistnej zmluvy Životné poistenie (ŽP) - 1. verzia“ vyplňa poistník/poistený v prípade, ak poistná zmluva bola dojednaná v súlade so Všeobecnými poistnými 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 poistnej zmluvy Životné poistenie (ŽP) - 1. verzia“ NIE JE MOŽNÉ použiť pre:

- poistné zmluvy Životného poistenia pre zdravie a dôchodok a Rizikového poistenia, dojednané s VPP platnými od 1.4.2014 a od 1.11.2014.
- poistné zmluvy Životného poistenia pre zdravie a dôchodok, dojednané s VPP platnými od 1.12.2015 od 1.12.2017 a od 15.6.2018.

POISTNÍK/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 ¹	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 ²	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 ³ (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 ⁴	

OSOBA OPRAVĽAVENÁ KONAT' V MENE

<input type="checkbox"/> POISTNÍKA/POISTENÉHO <input type="checkbox"/> 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 ³ (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 ⁴	
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 ³ (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 ⁴	

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 ³ (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 ⁴	

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:	<input type="checkbox"/> mesačné	<input type="checkbox"/> polročné	Zmenu formy úhrady na:	<input type="checkbox"/> poštovou poukážkou
	<input type="checkbox"/> štvrtročné	<input type="checkbox"/> ročné		<input type="checkbox"/> zrážkou zo mzdy
				<input type="checkbox"/> 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
podpis druhého poisteného

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

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="text"/> <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smrti s konštantnou poistnou sumou ***	<input type="text"/> <input type="text"/> €	<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="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="text"/> <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
trvalých následkov v dôsledku úrazu ***	<input type="text"/> <input type="text"/> €	<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="text"/> <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
smrti spôsobenej úrazom ***	<input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dennej dávky za hospitalizáciu	<input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="text"/> <input type="text"/> €	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
dennej dávky za dobu nevyhnutného liečenia úrazu	maximálna PS <input type="text"/> <input type="text"/> €	maximálna PS <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> €	karenčná doba: <input type="checkbox"/> 14 dní <input type="checkbox"/> 28 dní maximálna PS <input type="text"/> <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"/> <input type="text"/> €	mesačne <input type="text"/> <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: 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 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.

