

Číslo poistnej zmluvy

Táto žiadosť o zmeny je neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy, žiadateľ je povinný uviesť číslo poistnej zmluvy

**1] Identifikačné údaje žiadateľa zmeny [poistníka, resp. osoby konajúcej v jeho mene]**

Priezvisko	<input type="text"/>	Meno	<input type="text"/>	Titul	<input type="text"/>
Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Rodné číslo	<input type="text"/>	Tel. kontakt	<input type="text"/>	E - mail	<input type="text"/>
Korešpondenčná adresa [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Štátna príslušnosť	<input type="text"/>	Preukaz totožnosti	<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> PAS	Číslo preukazu totožnosti	<input type="text"/>

**2] Žiadam o zmenu – požadovanú zmenu označte krížikom a doplňte nový údaj**

A)  **mena / priezviska<sup>1)</sup>**  
 nové meno / priezvisko<sup>1)</sup>

B)  **adresy trvalého bydliska**  
 nová adresa trvalého bydliska  
 [ulica, číslo, obec, PSČ]

C)  **korešpondenčnej adresy**  
 nová korešpondenčná adresa  
 [ulica, číslo, obec, PSČ]

D)  **oprávnených osôb**  
 oprávnené osoby neuvádzam [podľa Občianskeho zákonníka]  
 oprávnené osoby určujem priezviskom, menom a dátumom narodenia [súčet podielov musí byť 100%]

Priezvisko, meno	Dátum narodenia	Podiel v %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Priezvisko, meno	Dátum narodenia	Podiel v %
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

E)  **frekvencie platenia poistného**  
 nová frekvencia platenia je  mesačná  štvrťročná  polročná  ročná

F)  **spôsobu platenia poistného, nový spôsob platenia je**  
 poštovou poukážkou / ePOUKAZOM  
 trvalým príkazom,  
 číslo účtu v tvare IBAN

G)  **čísla osobného účtu, z ktorého platím poistné**  
 Nové číslo účtu v tvare IBAN

H)  **vinkulácie**  
 Vinkuláciu žiadam  zrušiť – priložte písomný súhlas vinkulárneho veriteľa so zrušením  
 zriadiť – priložte tlačivá vinkulárneho veriteľa na potvrdenie vinkulácie

**Identifikačné údaje vinkulárneho veriteľa**

Obchodné meno	<input type="text"/>				
Sídlo [ulica, číslo, obec]	<input type="text"/>			PSČ	<input type="text"/>
Číslo účtu v tvare IBAN	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**I] ukončenie poisťnej zmluvy**

- Ak je žiadosť o ukončenie poisťnej zmluvy **doručená Poštovej poisťovni, a. s.** [ďalej len „Poisťovňa“] **do dvoch mesiacov** od uzavretia poisťnej zmluvy, poisťná zmluva zanikne uplynutím osemdennej výpovednej doby. Poisťovňa má právo na poisťné za dobu do zániku poistenia.

V ostatných prípadoch poistenie zanikne **ku koncu toho poisťného obdobia**, ktoré skončí po uplynutí šiestich týždňov od doručenia žiadosti Poisťovni. Poisťovňa má právo na poisťné za dobu do zániku poistenia.

**Ak podávate žiadosť o ukončenie poisťnej zmluvy v lehote do dvoch mesiacov od uzavretia poisťnej zmluvy, ale máte záujem o ukončenie poisťnej zmluvy až ku koncu poisťného obdobia, uveďte túto skutočnosť v časti J] iná zmena. Do tejto časti môžete uviesť aj dôvody, resp. spresnenie svojej žiadosti.**

Prípadný preplatok/ vrátenie poisťného z poisťnej zmluvy žiadam uhradiť na môj účet

číslo účtu v tvare IBAN<sup>2)</sup>

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- J]  iná zmena** [uveďte iné vyššie alebo nižšie neuvedené požiadavky na zmenu k poisťnej zmluve úrazového poistenia, alebo spresnenie žiadosti o ukončenie poisťnej zmluvy podľa písmena I] tejto časti]

**Vyhlásenie poisťníka/ osoby konajúcej v jeho mene [ďalej len „zástupca poisťníka“]**

Poisťník/ zástupca poisťníka podpisom tejto žiadosti potvrdzuje, že:

- a] všetky jeho údaje uvedené na tomto tlačive sú správne, pravdivé a aktuálne,
- b] nie je politicky exponovanou osobou v zmysle zákona č. 297/2008 Z. z., sankcionovanou osobou v zmysle zákona č. 289/2016 Z. z. a ani osobou s osobitným vzťahom k Poisťovni v zmysle zákona č. 39/2015 Z. z. V prípade, ak vyhlásenie poisťníka/ zástupcu poisťníka v tomto písm. poisťník/ zástupca poisťníka nemôže potvrdiť z dôvodu, že je osobou s osobitným vzťahom k Poisťovni a/alebo politicky exponovanou osobou, dotknutý text v tomto písmene sa vyškrtne a poisťník/ zástupca poisťníka je povinný uviesť podrobnosti na osobitných tlačivách Poisťovne [s výnimkou prípadu, ak bol poisťník/ zástupca poisťníka osobou s osobitným vzťahom k Poisťovni a/alebo politicky exponovanou osobou už v čase uzavretia poisťnej zmluvy a vtedy si splnil uvedenú povinnosť]. V prípade, ak vyhlásenie poisťníka v tomto písm. poisťník nemôže potvrdiť z dôvodu, že je sankcionovanou osobou, poisťnú zmluvu je potrebné ukončiť.
- c] berie na vedomie, že Poisťovňa bude spracovávať jeho osobné údaje uvedené v tomto tlačive na základe § 19 zákona č. 297/2008 Z. z. na účely stanovené vo vyššie uvedených zákonoch, najmä na účel identifikácie a overenia identifikácie poisťníka v rozsahu stanovenom vyššie uvedenými zákonmi. Na toto spracovanie nie je potrebný súhlas poisťníka a Poisťovňa je oprávnená požadovať poskytnutie osobných údajov na tento účel.
- d] pri vykonávaní zmien v zmysle tejto žiadosti koná vo vlastnom mene a na vlastný účet a finančné prostriedky, použité z dôvodu vykonanej zmeny poisťnej zmluvy sú jeho vlastníctvom

**Nižšie uvedený zástupca Poisťovne**, ktorý v mene Poisťovne túto žiadosť prevzal, svojím podpisom potvrdzuje, že: a] identifikoval osobu podpisujúcu túto žiadosť, ktorá je poisťníkom alebo zástupcom poisťníka [ďalej len „identifikovaná osoba“], b] údaje uvedené v tejto žiadosti zodpovedajú údajom uvedeným v doklade totožnosti predloženom identifikovanou osobou, c] overil podobu identifikovanej osoby a podoba identifikovanej osoby zodpovedá jej podobe uvedenej v jej doklade totožnosti.

Vaše prípadné otázky zodpovieme na tel. čísle **02 / 3300 0031**

Miesto a dátum spísania žiadosti

Podpis poisťníka

Priezvisko a meno zástupcu Poisťovne

Podpis a pečiatka zástupcu Poisťovne

<sup>1)</sup> nehodiace sa škrtnite

<sup>2)</sup> v prípade neuvedenia čísla účtu pri požadovanej zmene bude suma zaslaná poštovým peňažným poukazom na poslednú Poisťovni známu trvalú resp. korešpondenčnú adresu poisťníka