

Ak podávate žiadosť z dôvodu **zániku predmetu poistenia** [napr. jeho likvidáciou, stratou, úplným zničením] priložte k žiadosti doklady preukazujúce zánik predmetu poistenia.

Ak podávate žiadosť z dôvodu **uzavretia náhrady tejto poistnej zmluvy, uveďte číslo novej poistnej zmluvy:**

Číslo novej poistnej zmluvy

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

Uveďte spresnenie žiadosti o ukončenie poistnej zmluvy [napr. č. účtu pre zaslanie prípadného preplatku]:

--

Poisťovňa má nárok na poistné do zániku poistenia. Prípadný preplatok Vám Poisťovňa zašle na účet, resp. adresu.

4] Žiadam o inú zmenu — požiadavku označte krížikom a uveďte dôvod zmeny

H] iná žiadosť ako v písmene A] až G] [uveďte dôvod]

--

Vyhlásenie poistníka

Poistník 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 poistníka v tomto písmene poistník nemôže potvrdiť z dôvodu, že je sankcionovanou osobou, poistnú zmluvu je potrebné ukončiť. V ostatných prípadoch, ak vyhlásenie poistník nemôže potvrdiť dotknutý text v tomto písmene sa vyškrtnie a poistník je povinný uviesť podrobnosti na osobitných tlačivách Poisťovne [s výnimkou prípadu, ak poistník už v čase uzavretia poistnej zmluvy splnil uvedenú povinnosť].
- c] berie na vedomie, že Poisťovňa bude spracúvať 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 poistníka v rozsahu stanovenom vyššie uvedenými zákonmi. Na toto spracovanie nie je potrebný súhlas poistníka 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 poistnej zmluvy sú jeho vlastníctvom

Vyhlásenie zástupcu Poisťovne

Zástupca Poisťovne, ktorý v mene Poisťovne túto žiadosť prevzal, svojím podpisom potvrdzuje, že: a] identifikoval poistníka, resp. osoby, ktoré konajú v jeho mene [ďalej len „identifikované osoby“], b] údaje uvedené v tejto žiadosti zodpovedajú údajom uvedeným v dokladoch totožnosti predložených identifikovanými osobami, c] overil podobu identifikovaných osôb a podoby identifikovaných osôb zodpovedajú ich podobám uvedeným v ich dokladoch totožnosti.

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

Miesto a dátum spísania žiadosti

--

Priezvisko a meno zástupcu Poisťovne

--

Podpis poistníka

--

Podpis zástupcu Poisťovne a pečiatka obchodného miesta

--