

Číslo poistnej zmluvy _____

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

1] Identifikačné údaje poistníka

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** poistníka poisteného
 nové meno / priezvisko

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

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

D] **čísla osobného účtu, z ktorého platím poistné – o túto zmenu môže žiadať iba poistník**
 číslo účtu v tvare IBAN

E] **frekvencie platenia poistného – o túto zmenu môže žiadať iba poistník**
 nová frekvencia platenia poistného ročne polročne štvrťročne

F] **výšky ročného poistného po uplatnení výšky zľavy aktuálne poskytovanej Union poisťovňou, a. s. [ďalej len „Poisťovňa“] – o túto zmenu môže žiadať iba poistník.**
 Názov zľavy Výška zľavy z ročného poistného v %

Poistník súhlasí s tým, aby Poisťovňa preverila splnenie podmienok zo strany poistníka na poskytnutie zľavy Poisťovňou. Poistník súhlasí s tým, že nová výška poistného vyjadrená v EUR bude v prípade priznania zľavy potvrdená listom, ktorý Poisťovňa zašle poistníkovi.

Účinnosť zmeny Poistnej zmluvy

Zmeny požadované podľa písm. A) až D) tejto žiadosti nadobúdajú účinnosť dňom doručenia poistníkovej žiadosti o zmenu do Poisťovne. Zmeny požadované podľa písm. E) a F) tejto žiadosti nadobúdajú účinnosť prvý deň poistného obdobia nasledujúceho po dni doručenia poistníkovej žiadosti o zmenu do Poisťovne.

3] Žiadam o inú zmenu – požiadavku označte krížikom a uveďte dôvod zmeny

H] **iná žiadosť ako v písmene A) až F) [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 vyškrtne a poistník je povinný uviesť podrobnosti na osobitných tlačivách Poistovne [s výnimkou prípadu, ak poistník už v čase uzavretia poistnej zmluvy splnil uvedenú povinnosť],
c] berie na vedomie, že Poistovňa 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 Poistovňa 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 Poistovne

Zástupca Poistovne, ktorý v mene Poistovne 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 **0850 003 333**

Miesto a dátum spísania žiadosti

Meno, priezvisko a číslo obchodného miesta zástupcu Poistovne (sprostredkovateľa)

Podpis poistníka

Podpis zástupcu Poistovne (sprostredkovateľa)