



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

Priezvisko											Meno											Titul														
Adresa trvalého bydliska [ulica, číslo, obec]																															PSČ					
Rodné číslo											Tel. kontakt										E - mail															
Korešpondenčná adresa [ulica, číslo, obec]																															PSČ					
Štátna príslušnosť											Preukaz totožnosti						OP						PAS	Číslo preukazu totožnosti												

Čestne vyhlasujem a svojím podpisom potvrdzujem, že všetky nižšie uvedené údaje sú úplné a pravdivé a štátom mojej daňovej rezidencie¹⁾ je:

☐	SR		
☐	Iné štáty [vyplňte štáty iné ako SR, kde ste daňovým rezidentom]		
Štát daňovej rezidencie 1		Daňové identifikačné číslo	
Štát daňovej rezidencie 2		Daňové identifikačné číslo	
Štát daňovej rezidencie 3		Daňové identifikačné číslo	
Miesto narodenia [obec / mesto]		Štát narodenia	

nové meno / priezvisko²⁾ _____

nová adresa trvalého bydliště
[ulice, číslo, obec, PSČ]

nová korešpondenčná adresa
[ulica, číslo, obec, PSČ]

☐ 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 %

Priezvisko, meno	Dátum narodenia	Podiel v %

nová frekvencia platenia je ☐ mesačná ☐ štvrťročná ☐ polročná ☐ ročná

☐ ePOUKAZOM na úhradu☐ trvalým príkazom, **uved'te číslo účtu**

v tvare IBAN

G) čísla osobného účtu, z ktorého platím poisťné

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

Sídlo [ulica, číslo, obec]

PSČ

Číslo účtu v tvare IBAN

I) ☐ iná zmena [uvedte iné vyššie alebo nižšie neuvedené požiadavky na zmenu k poistnej zmluve životného poistenia]

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

Poistník/ zástupca poistníka 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 Union poisťovni, a. s. [ďalej len „Poisťovňa“] v zmysle zákona č. 39/2015 Z. z. V prípade, ak vyhlásenie poistníka/ zástupcu poistníka v tomto písm. poistník/ zástupca poistníka 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 poistník/ zástupca poistníka je povinný uviesť podrobnosti na osobitných tlačivách Poisťovne [s výnimkou prípadu, ak bol poistník/ zástupca poistníka osobou s osobitným vzťahom k Poisťovni a/alebo politicky exponovanou osobou už v čase uzavretia poistnej zmluvy a vtedy si splnil uvedenú povinnosť]. V prípade, ak vyhlásenie poistníka v tomto písm. poistník nemôže potvrdiť z dôvodu, že je sankcionovanou osobou, poistnú zmluvu je potrebné ukončiť,
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.

Nižšie uvedený zástupca Poisťovne, ktorý v mene Poisťovne túto žiadosť prevzal, svojím podpisom potvrdzuje, že: a) identifikoval osobu podpisujúcu túto žiadosť, ktorá je poistníkom alebo zástupcom poistníka [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 **0850 003 333**

Miesto a dátum spísania žiadosti

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

Podpis poistníka

Podpis zástupcu Poisťovne (sprostredkovateľa)

¹⁾ štátom daňovej rezidencie je štát, ktorý sa určuje podľa toho, či poistník podľa právnych predpisov príslušného štátu podlieha zdaneniu v danom štáte z dôvodu bydliska, trvalého pobytu alebo akéhokoľvek iného relevantného ukazovateľa [napr. keď ste zamestnaný a bývate a platíte dane iba v SR a nemáte daňovú rezidenciu v inom štáte, Vaša daňová rezidencia je v SR].

²⁾ nehodiace sa škrtnite