



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												

Obchodné meno	
Sídlo [ulica, číslo, obec]	
Číslo účtu v tvare IBAN	

I) ☐ **iná zmena** [uvedte iné vyššie alebo nižšie neuvedené požiadavky na zmenu k poisťnej zmluve Úrazového poistenia Plus]

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 poisťnej zmluvy a vtedy si splnil uvedenú povinnosť]. V prípade, ak vyhlásenie poistníka v tomto písm. poistník nemôže potvrdiť z dôvodu, že je sankcionovanou osobou, poisťnú 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 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 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

Podpis poistníka

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

Podpis zástupcu Poisťovne (sprostredkovateľa)

¹⁾ nehodiace sa škrtnite