

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 / priezviska¹⁾

nové meno / priezvisko¹⁾

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 %

Priezvisko, meno	Dátum narodenia	Podiel v %

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

Sídlo [ulica, číslo, obec]

PSČ

Číslo účtu v tvare IBAN

l) **iná zmena** [uved'te iné vyššie alebo nižšie neuvedené požiadavky na zmenu k poistnej zmluve úrazového 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 vyškrtnie 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 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 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⁾ nehodiace sa škrtnite