



Poistovňa

žiadost' o ukončenie  
poistnej zmluvy životného poistenia

Číslo poistnej zmluvy \_\_\_\_\_

Táto žiadost' o ukončenie poistnej zmluvy je neoddeliteľnou súčasťou poistnej zmluvy, žiadateľ je povinný uviesť číslo poistnej zmluvy

1] Identifikačné údaje poistníka, resp. osoby konajúcej v mene poistníka

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	<input type="checkbox"/> OP <input type="checkbox"/> PAS	Číslo preukazu totožnosti	_____

Vyhlásenie poistníka k jeho daňovej rezidencii:

Čestne vyhlasujem a svojim podpisom potvrdzujem, že všetky nižšie uvedené údaje sú úplné a pravdivé a štátom mojej daňovej rezidencie<sup>1)</sup> 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	_____

2] Žiadam o ukončenie poistnej zmluvy — požadovanú voľbu označte krížikom a doplňte údaje

A)  **ukončenie poistnej zmluvy** — o túto zmenu môže žiadať iba poistník

Ak je žiadost' o ukončenie poistnej zmluvy **doručená Union poistovni, a. s. [ďalej len „Poistovňa“]**:

- **do tridsať dní** od uzavretia poistnej zmluvy, poistná zmluva sa ruší od začiatku a Poistovňa Vám vráti zaplatené poistné.
- **do dvoch mesiacov** od uzavretia poistnej zmluvy, poistná zmluva zanikne uplynutím osemdennej výpovednej doby. Poistovňa má právo na poistné za dobu do zániku poistenia.

V ostatných prípadoch poistenie zanikne **ku koncu toho poistného obdobia**, ktoré skončí po uplynutí šiestich týždňov od doručenia žiadosti Poistovni. Poistovňa má právo na poistné za dobu do zániku poistenia. Nárok na odbytné vzniká v zmysle poistných podmienok.

**Ak podávate žiadost' o ukončenie poistnej zmluvy v lehote do dvoch mesiacov od uzavretia poistnej zmluvy, ale máte záujem o ukončenie poistnej zmluvy až ku koncu poistného obdobia, uveďte túto skutočnosť nižšie. Do tejto časti môžete uviesť aj dôvody, resp. spresnenie svojej žiadosti.**

Prípadný preplatok/ odbytné/ vrátenie poistného z poistnej zmluvy žiadam uhradiť na môj účet

číslo účtu v tvare IBAN<sup>3)</sup> \_\_\_\_\_

**Vyhlásenie poistníka alebo osoby konajúcej v mene poistníka [ďalej len „zástupca poistníka“]**

Poistník alebo 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 Poistovni v zmysle zákona č. 39/2015 Z. z. V prípade, ak vyhlásenie poistníka alebo zástupcu poistníka v tomto písmene poistník alebo zástupca poistníka nemôže potvrdiť z dôvodu, že je osobou s osobitným vzťahom k Poistovni a/alebo politicky exponovanou osobou, dotknutý text v tomto písmene sa vyškrtne a poistník alebo zástupca poistníka je povinný uviesť podrobnosti na osobitných tlačivách Poistovne [s výnimkou prípadu, ak bol poistník alebo zástupca poistníka osobou s osobitným vzťahom k Poistovni

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 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 alebo zástupcu poistníka v rozsahu stanovenom vyššie uvedenými zákonmi. Na toto spracovanie nie je potrebný súhlas poistníka alebo zástupcu 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.

**Nižšie uvedený zástupca Poistovne**, ktorý v mene Poistovne 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 predloženej 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

Priezvisko a meno zástupcu Poistovne

Podpis poistníka

Podpis a pečiatka zástupcu Poistovne

<sup>1</sup> 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].

<sup>2</sup> v prípade neuvedenia čísla účtu pri požadovanej zmene bude suma zaslaná šekovou poukážkou na poslednú Poistovni známu trvalú resp. korešpondenčnú adresu