

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 poisťnej 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 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

Priezvisko a meno zástupcu Poisťovne

Podpis poistníka

Podpis a pečiatka zástupcu Poisťovne

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