

H) iná zmena [uvedte iné vyššie alebo nižšie neuvedené požiadavky na zmenu k poisťnej zmluve životného poistenia]

Vyhlásenie poisťníka a/alebo poisteného/ osoby konajúcej v mene poisťníka a/alebo poisteného [ďalej len „zástupca poisťníka a/alebo poisteného“]

Poisťník a/alebo poistený / zástupca poisťníka a/alebo poisteného 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 poisťníka a/alebo poisteného / zástupcu poisťníka a/alebo poisteného v tomto písme poisťník a/alebo poistený zástupca poisťníka a/alebo poisteného nemôže potvrdiť z dôvodu, že je osobou s osobitným vzťahom k Poisťovni a/alebo politicky exponovanou osobou, dotknutý text v tomto písme sa vyškrtne a poisťník a/alebo poistený / zástupca poisťníka a/alebo poisteného je povinný uviesť podrobnosti na osobitných tlačivách Poisťovne [s výnimkou prípadu, ak bol poisťník a/alebo poistený / zástupca poisťníka a/alebo poisteného 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 poisťníka a/alebo poisteného v tomto písme poisťník a/alebo poistený 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 poisťníka a/alebo poisteného / zástupcu poisťníka a/alebo poisteného v rozsahu stanovenom vyššie uvedenými zákonmi. Na toto spracovanie nie je potrebný súhlas poisťníka a/alebo poisteného / zástupcu poisťníka a/alebo poisteného 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 poisťníkom, poisteným alebo zástupcom poisťníka a/alebo poisteného [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 poisťníka

Podpis poisteného

Podpis a pečiatka zástupcu Poisťovne

¹⁾ štátom daňovej rezidencie je štát, ktorý sa určuje podľa toho, či poisťník 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