

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 poisťníka/ osoby konajúcej v jeho mene [ďalej len „zástupca poisťníka“]**

Poisťník/ zástupca poisťníka 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/ zástupcu poisťníka v tomto písm. poisťník/ zástupca poisťníka 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 poisťník/ zástupca poisťníka je povinný uviesť podrobnosti na osobitných tlačivách Poisťovne [s výnimkou prípadu, ak bol poisťník/ zástupca poisťníka 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 v tomto písm. poisťník 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 v rozsahu stanovenom vyššie uvedenými zákonmi. Na toto spracovanie nie je potrebný súhlas poisťníka 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 alebo zástupcom poisťníka [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 písania žiadosti

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

Podpis poisťníka

Podpis zástupcu Poisťovne (sprostredkovateľa)

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