Union poisťovňa, a.s.
Sídlo: Karadžičova 10, 813 60 Bratislava
IČO: 31322051
Spoločnosť zapísaná v obchodnom registri
Mestského súdu Bratislava III, odd. Sa, vl.č.383/B

VEC: <u>Žiadosť o zmenu kontaktných údajov na účely elektronickej komunikácie v zmysle dohody o elektronickej komunikácii (ďalej aj „Žiadosť“)</u>

Poistník
Priezvisko a meno, titul / Názov: .....

Rodné číslo/ IČO: .....

Trvalé bydlisko / Sídlo: ..... PSČ: .....

Ulica a číslo: .....

(ďalej aj „Poistník“)

1. Žiadam o zmenu kontaktných údajov poskytnutých na účely elektronickej komunikácie (Dohoda o elektronickej komunikácii) :

Nová kontaktná e-mailová adresa : .....

Nové kontaktné telefónne číslo: .....

2. Poistník podpisom tejto Žiadosti žiada o zmenu kontaktných údajov na účely elektronickej komunikácie v rámci dohody o elektronickej komunikácii a to v rozsahu novej kontaktnej e-mailovej adresy a/alebo nového kontaktného telefónneho čísla podľa bodu 1. tejto Žiadosti. Poistník berie na vedomie a súhlasí s tým, že Union poisťovňa, a.s. po spracovaní v tejto Žiadosti bude v rámci dohody o elektronickej komunikácii používať za účelom elektronickej komunikácie nové kontaktné údaje poistníka uvedené v tejto Žiadosti.

V ..... dňa ....
Poistník

Identifikácia poistníka - POVINNÉ VYPLNIŤ:

Meno a Priezvisko.....

č. dokladu totožnosti:											Dátum narodenia					

Dátum prijatia žiadosti: .....

Meno zamestnanca Union poisťovne, a.s, ktorý žiadosť prijal: .....

Názov sprostredkovateľa poistenia, ktorý žiadosť prijal: ..... Meno sprostredkovateľa: .....

Tel./mail zástupcu poisťovne: .....