



POISTNÍK

Meno, priezvisko, titul / Obchodné meno			
Štatutárny orgán		Rodné číslo / IČO	
Adresa trvalého bydliska / Sídlo – ulica, č. domu			
PSČ	Miesto – dodacia pošta		
Mobilný telefón/telefonický kontakt		Číslo OP / Pasu	
E-mail			

ŽIADOSŤ O ZÁNIK POISTNEJ ZMLUVY – ŽIVOTNÉ POISTENIE

[illegible]

☐ odstúpenie od zmluvy do 30 dní od uzatvorenia poistenia (§802 a) Občianskeho zákonníka)
☐ výpoveďou do dvoch mesiacov od uzatvorenia (§800, ods. 2 Občianskeho zákonníka)
☐ výpoveďou poistníka (§800, ods. 1 Občianskeho zákonníka)
☐ iné:
Žiadam o zrušenie vyššie uvedenej poistnej zmluvy z dôvodu:
Prevzaté doklady:
Prípadnú odkupnú hodnotu a nespotrebované poistné žiadam poukázať
☐ poštovým peňažným poukazom na adresu:
☐ interným preúčtovaním na poistnú zmluvu/OPU číslo:
☐ na účet v tvare IBAN:

V prípade zahraničnej banky uveďte ďalšie povinné údaje:

Názov zahraničnej banky:	SWIFT / BIC kód banky:	
Adresa banky:	Štát banky:	

Overenie daňovej rezidencie poistníka

Čestne vyhlasujem, že na daňové účely som daňovým rezidentom

- ☐ Slovenskej republiky
☐ Iného štátu*

DIČ (TIN)**

Ak ste daňovým rezidentom iného štátu a požadujete zdaníť výnos z výplaty odkupnej hodnoty v danom štáte, je potrebné priložiť fotokópiu **potvrdenia o daňovej rezidencii**. V prípade, ak nám požadované nebude doložené, odkupná hodnota bude zdanená podľa platného zákona Slovenskej republiky o dani z príjmov č. 595/2003 Z.z.

V dňa

.....
overený podpis poistníka***

* Uviesť názov štátu

** Ak bolo pridelené prosíme pripojiť fotokópiu potvrdenia o daňovej rezidencii (napr. v SR: Osvedčenie o registrácii a pridelení daňového identifikačného čísla)

*** Bez Vášho overeného podpisu na žiadosti nebude možné realizovať výplatu odkupnej hodnoty. Overenie Vášho podpisu môžete zabezpečiť na akomkoľvek našom obchodnom mieste, okresnej, krajskej kancelárii u nášho zamestnanca, ktorý Vás bude identifikovať, alebo na matrike, či u notára (úradné overenie podpisu).

Totožnosť uvedenej osoby overil (podľa OP)	Meno, priezvisko, pracovná pozícia a osobné číslo pracovníka poisťovne:	Pečiatka a podpis pracovníka poisťovne:
--	---	---