

<input type="checkbox"/> Zmena pripoistenia: (Je potrebné priložiť vyplnený zdravotný dotazník a uviesť súčasné povolanie a vykonávanú športovú činnosť.)			
<input type="checkbox"/> Odpoistiť riziko (uviesť názov rizika)			
<input type="checkbox"/> Dovoistiť riziko (uviesť názov rizika)			
<input type="checkbox"/> Zmena rizikovej skupiny			
<input type="checkbox"/> Povolanie (uviesť presný popis zamestnania)			
<input type="checkbox"/> Šport (uviesť druh registrovaného športu)			
<input type="checkbox"/> Zmena poistného:	Výška z	EUR	na EUR
<input type="checkbox"/> Iné zmeny:			
Overenie daňovej rezidencie poistníka			
Čestne vyhlasujem, že na daňové účely som daňovým rezidentom		<input type="checkbox"/> Slovenskej republiky	DIČ (TIN)**
		<input type="checkbox"/> Iného štátu ¹	
Ak ste daňovým rezidentom iného štátu a požadujete zdaniť 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.			
Ste sankcionovanou osobou? ¹	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	
Ste politicky exponovanou osobou? ²	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	ak áno, uviesť verejnú funkciu a obdobie, v ktorom bola vykonávaná

Prevzaté doklady: Kópia OP/CP Ďalšie prílohy (zdravotný dotazník)
 Mandát na SEPA inkaso Iné:

Spoločnosť KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group Vás informuje, že osobné údaje dotknutých osôb spracúva v súlade s Nariadením Európskeho parlamentu a Rady (EÚ) 2016/679 z 27. apríla 2016 o ochrane fyzických osôb pri spracúvaní osobných údajov a o voľnom pohybe takýchto údajov, ktorým sa zrušuje smernica 95/46/ES (všeobecné nariadenie o ochrane údajov) (ďalej len „Nariadenie“) a príslušnými slovenskými právnymi predpismi. Zároveň Vás informuje, že informácie o spracúvaní osobných údajov je možné nájsť aj na webovej stránke spoločnosti KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s. Vienna Insurance Group www.kpas.sk.

V _____ dňa _____
.....
podpis poistenej osoby ^{***} 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)

*** Uviesť iba v prípade zmien týkajúcich sa poistenej osoby

¹ Osoba, na ktorú sa vzťahuje medzinárodná sankcia.

² Politicky exponovanou osobou je fyzická osoba, ktorej je alebo bola zverená významná verejná funkcia s celoštátnym alebo regionálnym významom, alebo fyzická osoba, ktorou je manžel, manželka alebo osoba, ktorá má podobné postavenie ako manžel alebo manželka; dieťa, zať, nevesta, osoba, ktorá má podobné postavenie ako zať alebo nevesta alebo rodič osoby, ktorej bola zverená významná verejná funkcia.

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

Všetky osoby zúčastnené na realizovaní vyššie uvedených zmien v poistnej zmluve vyhlasujú, že uvedené údaje sú pravdivé, presné a záväzné pre poisteného i poistníka. Po prijatí a vykonaní zmien poisťovňou bude poistník písomne informovaný o akceptovaní zmien v poistnej zmluve. Osoby uvedené na tomto formulári svojim podpisom vyjadrujú súhlas s prípadnou zmenou poistnej sumy alebo poistného.