KOMUNÁLNA POISŤOVŇA
VIENNA INSURANCE GROUP

KOMUNÁLNA poisťovňa, a.s.
Vienna Insurance Group
Štefánikova 17, 811 05 Bratislava
IČO: 31 595 545,
DIČ: 2021097089,
IČ DPH: SK7020000746
Spoločnosť je členom skupiny pre DPH.
Registrácia: Obchodný register Mestského súdu BA III,
odd: Sa, vložka 3345/B (ďalej len „poisťovňa")

7009

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 ZMENU V POISTNEJ ZMLUVE ŽIVOTNÉHO POISTENIA
(poistník, oprávnená osoba, bankové spojenie, daňová rezidencia)

číslo poistnej zmluvy		číslo návrhu	

☐ **Zmena poistníka:**

Meno a priezvisko	Rodné číslo	Číslo OP
Ulica, č. domu		PSČ
Miesto – dodacia pošta		Štát

☐ **Zmena oprávnených osôb:**

Nová oprávnená osoba č. 1

Meno a priezvisko	Rodné číslo	Podiel v %
Ulica, č. domu		Číslo OP
Mesto / obec		PSČ

Nová oprávnená osoba č. 2

Meno a priezvisko	Rodné číslo	Podiel v %
Ulica, č. domu		Číslo OP
Mesto / obec		PSČ

Nová oprávnená osoba č. 3

Meno a priezvisko	Rodné číslo	Podiel v %
Ulica, č. domu		Číslo OP
Mesto / obec		PSČ

Nová oprávnená osoba č. 4

Meno a priezvisko	Rodné číslo	Podiel v %
Ulica, č. domu		Číslo OP
Mesto / obec		PSČ

☐ Zmena bankového spojenia (v tvare IBAN)	

V prípade zahraničnej banky uveďte ďalšie povinné údaje

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

☐ iné zmeny

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 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] ☐ áno ☐ nie

Ste politicky exponovanou osobou? [2] ☐ áno ☐ nie ak áno, uviesť verejnú funkciu a obdobie, v ktorom bola výkonávaná

Prevzaté doklady: ☐ Kópia OP/CP ☐ Ďalšie prílohy (zdravotný dotazník)
☐ Kópia dokladu bankového spojenia ☐ 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 Group www.kpas.sk.

V dňa

pôvodný poistník [***] nový poistník

1. oprávnená osoba 2. oprávnená osoba 3. oprávnená osoba 4. oprávnená osoba

* 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 zmenu v poistnej zmluve. 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).

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.