



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

číslo poistnej zmluvy		číslo návrhu	
-----------------------	--	--------------	--

☐ Zmena trvalej adresy / sídla firmy na:			
Ulica, č. domu		PSČ	
Miesto – dodacia pošta		Štát	
☐ Zmena korešpondenčnej adresy na:			
Ulica, č. domu		PSČ	
Miesto – dodacia pošta		Štát	
☐ Zmena adresy sa týka: ☐ Poistníka ☐ Poistenej osoby ☐ Oprávnenej osoby			
Rodné číslo / IČO – oprávnená osoba		Rodné číslo / IČO – poistená osoba 1	
☐ Zmena priezviska sa týka: ☐ Poistníka ☐ Poistenej osoby ☐ Oprávnenej osoby			
Rodné číslo / IČO – oprávnená osoba		Rodné číslo / IČO – poistená osoba 1	
Nové priezvisko			
Dôvod zmeny			
☐ Zmena druhu platenia na:			
☐ KZ – bezhotovostne s avízom ☐ KN – bezhotovostne bez avíza ☐ PZ – poštový poukaz			
☐ IS – inkaso z účtu SLSP. Musí byť priložený mandát na SEPA inkaso.			
☐ Úhrada z OPÚ		☐ Súhlas majiteľa OPÚ	
		Podpis	
☐ Zmena spôsobu (periodicity) platenia na: ☐ Ročne ☐ Polročne ☐ Štvrťročne ☐ Mesačne			
☐ Zmena investičnej stratégie:			
Uvedte nové podielové fondy a želané percento pre alokáciu, resp. názov investičnej stratégie.			
☐ Želám si zachovať doposiaľ nakúpené podielové jednotky (t.j. zmena fondov sa bude vzťahovať len na nákup podielových jednotiek po dátume realizácie zmeny).			

☐ Zmena pripoistenia: (Je potrebné priložiť vyplnený zdravotný dotazník a uviesť súčasné povolanie a vykonávanú športovú činnosť.)			
☐ Odpoistiť riziko (uviesť názov rizika)			
☐ Dovoistiť riziko (uviesť názov rizika)			
☐ Zmena rizikovej skupiny			
☐ Povolanie (uviesť presný popis zamestnania)			
☐ Šport (uviesť druh registrovaného športu)			
☐ Zmena poistného:	Výška z	EUR	na EUR
☐ 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 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.			
Ste sankcionovanou osobou? ¹	☐ áno	☐ nie	
Ste politicky exponovanou osobou? ²	☐ áno	☐ 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.