

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
-----------------------	--------------

<input type="checkbox"/> Zmena trvalej adresy/ sídla firmy na:		
Ulica, č. domu:		PSČ:
Miesto - dodacia pošta:		Štát:
<input type="checkbox"/> Zmena korešpondenčnej adresy na:		
Ulica, č. domu:		PSČ:
Miesto - dodacia pošta:		Štát:
<input type="checkbox"/> Zmena adresy sa týka: <input type="checkbox"/> Poistníka <input type="checkbox"/> Poistenej osoby <input type="checkbox"/> Oprávnenej osoby		
Rodné číslo / IČO - oprávnená osoba	Rodné číslo / IČO - poistená osoba 1	Rodné číslo / IČO - poistená osoba 2
<input type="checkbox"/> Zmena priezviska sa týka: <input type="checkbox"/> Poistníka <input type="checkbox"/> Poistenej osoby <input type="checkbox"/> Oprávnenej osoby		
Rodné číslo / IČO - oprávnená osoba	Rodné číslo / IČO - poistená osoba 1	Rodné číslo / IČO - poistená osoba 2
Nové priezvisko:		
Dôvod zmeny:		
<input type="checkbox"/> Zmena druhu platenia na:		
<input type="checkbox"/> KZ - bezhotovostne s avízom <input type="checkbox"/> KN - bezhotovostne bez avíza <input type="checkbox"/> PZ - poštový poukaz		
<input type="checkbox"/> IS - inkaso z účtu SLSP. Musí byť priložený mandát na SEPA inkaso.		
<input type="checkbox"/> úhrada z OPÚ	<input type="checkbox"/> Súhlas majiteľa OPÚ	podpis
<input type="checkbox"/> Zmena spôsobu (periodicity) platenia na: <input type="checkbox"/> Ročne <input type="checkbox"/> Polročne <input type="checkbox"/> Štvrťročne <input type="checkbox"/> Mesačne		
<input type="checkbox"/> Zmena investičnej stratégie: Uveďte nové podielové fondy a želané percento pre alokáciu, resp. názov investičnej stratégie.		
<input type="checkbox"/> Želám si zachovať doposiaľ nakúpené podielové jednotky (t.j. zmena fondov sa bude vzťahovať len na nákup podielových jednotiek po dátume realizácie zmeny).		

<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			
<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie		Ste politicky exponovanou osobou? ² <input type="checkbox"/> áno <input type="checkbox"/> nie	

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

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)	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.

SÚHLAS S ELEKTRONICKOU KOMUNIKÁCIOU

E-mail
Mobilný telefón

Poistník týmto žiada poisťovňu a súhlasí s tým, aby mu poisťovňa doručovala korešpondenciu elektronickou formou (formou e-mailu alebo SMS), a to za podmienok uvedených v tomto súhlase.

Informácie pre poistníka

Zasielanie korešpondencie elektronickou formou nie je povinné a nie je spoplatnené. Poisťovňa v súčasnosti realizuje prechod na digitálnu formu korešpondencie. V prechodnom období môže byť korešpondencia alebo jej časť aj napriek tomuto súhlasu s elektronickou komunikáciou posielaná naďalej poštou. Poisťovňa si vyhradzuje právo určiť čas, od ktorého bude korešpondenciu určenú poistníkovi zasilať elektronickou formou. Korešpondencia zasielaná elektronicke, ktorá obsahuje osobné údaje samostatne umožňujúce identifikáciu dotknutej osoby bude, posielaná zabezpečenou formou.

Podmienky pre doručovanie písomností elektronickou formou

Poisťovňa bude poistníkovi zasilať prostredníctvom e-mailu alebo SMS (elektronicky) korešpondenciu týkajúcu sa poistných zmlúv, ktoré má uzatvorené s poisťovňou alebo poistných udalostí týkajúcich sa jeho osoby (v postavení poisteného, škodcu, poškodeného a pod.), s výnimkou takej korešpondencie, na ktorej prevzatie je potrebný potvrdzujúci podpis poistníka o jej prevzatí (službou elektronickej korešpondencie budú napríklad doručované: poistka, predpis na úhradu poistného, oznámenie o likvidácii škodovej udalosti a pod.). Poistník svojím podpisom súhlasí, že od momentu aktivácie služby elektronickej komunikácie mu korešpondencia môže byť zasielaná elektronicke s účinkami riadneho doručenia a súhlasí s právom poisťovne určiť, ktorú korešpondenciu mu bude zasilať elektronickou formou. Korešpondencia, ktorú poisťovňa zašle elektronickou formou, sa považuje za doručенú okamihom jej odoslania poisťovňou na vyššie uvedenú e-mailovú adresu alebo telefónne číslo a to aj v prípade, ak sa o nej poistník nedozvie. **Poistník sa zaväzuje bezodkladne oznámiť poisťovni každú zmenu e-mailovej adresy a telefónneho čísla.** Poisťovňa nezodpovedá za poistníkom nesprávne zadané jednotlivé údaje na tejto žiadosti.

Poistník berie na vedomie, že súhlas s elektronickou formou komunikácie medzi ním a poisťovňou nie je povinný udeliť a v prípade jeho udelenia ho môže kedykoľvek odvolať. Súhlas môže poistník odvolať:

- osobne na ktoromkoľvek obchodnom mieste poisťovne,
- písomne zaslaním na adresu poisťovne: KOMUNÁLNA poisťovňa, a. s. Vienna Insurance Group, so sídlom: Štefánikova 17, 811 05 Bratislava,
- elektronicke prostredníctvom klientskeho portálu e-KOMfort na www.kpas.sk.

V dňa:
.....
podpis poistníka