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 registrovanej pre DPH,
zapísaná v Obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I,
oddiel: Sa, vložka č. 3345/B

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.

Prevzaté doklady: ☐ Kópia OP/CP ☐ Ďalšie prílohy (zdravotný dotazník)
☐ Kópia dokladu bankového spojenia ☐ Iné:

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 zabežpečiť 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 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 zasielať elektronickou formou. Korešpondencia zasielaná elektronicky, ktorá obsahuje osobné údaje samostatne umožňujúce identifikáciu dotknutej osoby bude, posielaná zabezpečenou formou.

Podmienky pre doručovanie písomností elektronickou formou

Poisťovňa bude poistníkovi zasielať 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 elektronicky s účinkami riadneho doručenia a súhlasí s právom poisťovne určiť, ktorú korešpondenciu mu bude zasielať elektronickou formou. Korešpondencia, ktorú poisťovňa zašle elektronickou formou, sa považuje za doručenú 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,
- elektronicky prostredníctvom klientskeho portálu e-KOMfort na www.kpas.sk.

V …….. dňa: …….. ……. .

podpis poistníka