

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

**POISTNÍK**

Meno, priezvisko, titul / Obchodné meno	
Štatutárny orgán	Rodné číslo / IČO
Adresa trvalého bydliska / Sídlo - ulica, č. domu	
PSC	Miesto - dodacia pošta
Mobilný telefón/telefonický kontakt	Číslo OP / Pasu
E-mail	

## ŽIADOSŤ O ZMENU V POISTNEJ ZMLUVE ŽIVOTNÉHO POISTENIA (poisťník, oprávnená osoba, bankové spojenie, daňová rezidencia)

číslo poisťnej zmluvy		číslo návrhu	
-----------------------	--	--------------	--

<input type="checkbox"/> <b>Zmena poisťníka:</b>	
Meno a priezvisko:	Rodné číslo
Číslo OP	
Ulica, č. domu:	PSC:
Miesto - dodacia pošta:	Štát:
<input type="checkbox"/> <b>Zmena oprávnených osôb:</b>	
Nová oprávnená osoba č. 1:	
Meno a priezvisko:	Rodné číslo
Podiel v %	
Ulica, č. domu:	Číslo OP:
Mesto/obec:	PSC:
Nová oprávnená osoba č. 2:	
Meno a priezvisko:	Rodné číslo
Podiel v %	
Ulica, č. domu:	Číslo OP:
Mesto/obec:	PSC:
Nová oprávnená osoba č. 3:	
Meno a priezvisko:	Rodné číslo
Podiel v %	
Ulica, č. domu:	Číslo OP:
Mesto/obec:	PSC:
Nová oprávnená osoba č. 4:	
Meno a priezvisko:	Rodné číslo
Podiel v %	
Ulica, č. domu:	Číslo OP:
Mesto/obec:	PSC:

<input type="checkbox"/> 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:	
<input type="checkbox"/> Iné zmeny:		
<p><b>Overenie daňovej rezidencie poistníka</b></p> <p>Čestne vyhlasujem, že na daňové účely som daňovým rezidentom</p> <p><input type="checkbox"/> Slovenskej republiky  <input type="checkbox"/> Iného štátu* <span style="float: right;">DIČ (TIN)**</span></p> <p>Ak ste daňovým rezidentom iného štátu a požadujete zdaníť výnos z výplaty odkupnej hodnoty v danom štáte, je potrebné priložiť fotokópiu <b>potvrdenia o daňovej rezidencii</b>. 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.</p>		

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 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).

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.