



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  
(poisťník, oprávnená osoba, bankové spojenie, daňová rezidencia)**

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

<input type="checkbox"/> <b>Zmena poisťníka:</b>		
Meno a priezvisko	Rodné číslo	Číslo OP
Ulica, č. domu		PSČ
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		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

<input type="checkbox"/> Zmena bankového spojenia (v tvare IBAN)			
<b>V prípade zahraničnej banky</b> uveďte ďalšie povinné údaje			
Názov zahraničnej banky	SWIFT / BIC kód banky		
Adresa banky	Štát banky		
<input type="checkbox"/> iné zmeny			
<b>Overenie daňovej rezidencie poistníka</b>			
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 <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.			
<b>Ste sankcionovanou osobou?</b> <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	
<b>Ste politicky exponovanou osobou?</b> <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie	ak áno, uviesť verejnú funkciu a obdobie, v ktorom bola vykonávaná

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 [www.kpas.sk](http://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 poisťnej 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).

<sup>1</sup> Osoba, na ktorú sa vzťahuje medzinárodná sankcia.

<sup>2</sup> 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 poisťnej 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 poisťnej zmluve. Osoby uvedené na tomto formulári svojim podpisom vyjadrujú súhlas s prípadnou zmenou poisťnej sumy alebo poistného.