



viac ako / štandard

Žiadosť o zmenu poistnej zmluvy
Netechnické zmeny
(ďalej len „Žiadosť“)

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY/
NÁVRHU POISTNEJ ZMLUVY

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

Spoločnosť AXA životní pojišťovna a.s., pobočka poisťovne z iného členského štátu, Kolárska 6, 812 55 Bratislava

POISTNÍK

PRIEZVISKO, MENO, TITUL/NÁZOV

RODNÉ ČÍSLO/IČO

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

POISTENÝ

PRIEZVISKO, MENO, TITUL

RODNÉ ČÍSLO

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

ZMENA ÚDAJOV (VYPLŇTE LEN ÚDAJE, KTORÉ MAJÚ BYŤ ZMENENÉ)

ZMENA ÚDAJOV

POISTNÍKA

POISTENÉHO

ÚDAJE ŽIADAM ZMENIŤ NA VŠETKÝCH ZMLUVÁCH ŽIVOTNÉHO
A/ALEBO ÚRAZOVÉHO POISTENIA UZATVORENÝCH S POISTITEĽOM

PRIEZVISKO, MENO, TITUL/NÁZOV

ADRESA TRVALÉHO POBYTU/SÍDLA

KOREŠPONDENČNÁ ADRESA

ADRESA - ULICA

ČÍSLO SÚPISNÉ/ORIENTAČNÉ

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

MESTO/OBEC

PSČ

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

DOKLAD TOTOŽNOSTI

OP/ID

PAS

ČÍSLO DOKLADU

TELEFÓN

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

E-MAIL

ZMENA POISTNÍKA

NOVÝM POISTNÍKOM JE

FYZICKÁ OSOBA

PRÁVNICKÁ OSOBA

(VYPLŇTE AJ ČASŤ IDENTIFIKÁCIA NIŽŠIE)

SZČO

(VYPLŇTE AJ ČASŤ IDENTIFIKÁCIA NIŽŠIE)

PRIEZVISKO, MENO, TITUL/NÁZOV

MUŽ ŽENA

DÁTUM NARODENIA

RODNÉ Č./IČO

MIESTO NARODENIA

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

TRVALÝ POBYT/SÍDLO - ULICA

ČÍSLO SÚPISNÉ/ORIENTAČNÉ

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

PSČ

MESTO/OBEC

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

E-MAIL

TELEFÓN

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

DOKLAD TOTOŽNOSTI

OP/ID

PAS

ČÍSLO DOKLADU

ŠTÁTNA PRÍSLUŠNOSŤ

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

KOREŠPONDENČNÁ ADRESA, AK JE INÁ AKO ADRESA TRVALÉHO BYDLISKA ALEBO SÍDLA/MIESTA PODNIKANIA:

ULICA

ČÍSLO SÚPISNÉ/ORIENTAČNÉ

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

PSČ

MESTO/OBEC

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

V PRÍPADE, ŽE JE NOVÝM POISTNÍKOM PRÁVNICKÁ OSOBA ALEBO SZČO, VYPLŇTE ÚDAJE NIŽŠIE O ÚRADNEJ EVIDENCII/ÚRADNOM REGISTRÍ:

OZNAČENIE¹⁾

DIČ

KÓD ŠTÁTU²⁾

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

MIESTO PODNIKANIA - ADRESA

ÁNO

NIE

NOVÝ POISTNÍK SÚHLASÍ S VYUŽITÍM JEHO OSOBNÝCH ÚDAJOV (MENO, PRIEZVISKO, DÁTUM NARODENIA, TEL. ČÍSLO, E-MAIL, ADRESA) ZA ÚČELOM SKVALITNENIA STAROSTLIVOSTI O KLIENTA A NA MARKETINGOVÉ ÚČELY POISTITEĽA A OSÔB PATRIACICH DO FINANČNEJ SKUPINY AXA NA SLOVENSKU, PRIAMO ALEBO PROSTREDNÍCTVOM FINANČNÝCH SPROSTREDOVATEĽOV A ZMLUVNÝCH PARTNEROV POISTITEĽA. SÚHLAS UDEĽUJE NA DOBU EXISTENCIE ZMLUVY A NASLEDUJÚCICH 5 ROKOV. SÚHLAS JE MOŽNÉ KEDYKOL'VEK PÍ SOMNE ODVOLATĽ.

¹⁾ Označenie evidencie/registra môže byť napr. obchodný register, živnostenský register.

²⁾ Kód štátu, ktorý daňové identifikačné číslo (DIČ) vydal.



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

ZMENA URČENÝCH OPRÁVNENÝCH OSÔB

- URČENIE URČENÝCH OPRÁVNENÝCH OSÔB V PRÍPADE, AK NA VAŠEJ POISTNEJ ZMLUVE NEMÁTE UVEDENÉ URČENÉ OPRÁVNENÉ OSOBY,
- ZMENA URČENÝCH OPRÁVNENÝCH OSÔB, PRÍP. ICH PODIELOV, KTORÉ MÁTE UVEDENÉ VO VAŠEJ POISTNEJ ZMLUVE (V PRÍPADE ZMENY UVEDTE AJ TIE URČENÉ OPRÁVNENÉ OSOBY, KTORÉ SA NEMENIA).
- ZRUŠENIE VŠETKÝCH URČENÝCH OPRÁVNENÝCH OSÔB, PRÍP. ICH PODIELOV, KTORÉ MÁTE UVEDENÉ V POISTNEJ ZMLUVE
(V PRÍPADE ZRUŠENIA VŠETKÝCH URČENÝCH OPRÁVNENÝCH OSÔB NEBUDÚ NA ZMLUVE PRE POISTENÉHO URČENÉ ŽIADNE URČENÉ OPRÁVNENÉ OSOBY A PRI VÝPLATE POISTNÉHO PLNENIA SA OPRÁVNENÁ OSOBA URČÍ PODĽA OBČIANSKEHO ZÁKONNÍKA)

POISTNÍK TÝMTO URČUJE PRE VYŠŠIE UVEDENÉHO POISTENÉHO V PRÍPADE SMRTI NASLEDOVNÉ URČENÉ OPRÁVNENÉ OSOBY. POISTNÍK TÝMTO ZÁROVEŇ V PLNOM ROZSAHU NAHRÁDZA URČENÉ OPRÁVNENÉ OSOBY A ICH PODIELY, URČENÉ PRE DANÉHO POISTENÉHO PRED ÚČINNOSŤOU TEJTO ZMENY.

PRÍZVISKO, MENO, TITUL/NÁZOV URČENEJ OPRÁVNENEJ OSOBY	RODNÉ ČÍSLO/IČO	PODIEL
		%
		%
		%

POISTENÝ SVOJÍM PODPISOM TEJTO ŽIADOSTI VYHLASUJE, ŽE SÚHLASÍ S TAKÝMTO URČENÍM/ZMENOU ALEBO ZRUŠENÍM URČENÝCH OPRÁVNENÝCH OSÔB.

PODPISY, PRÍLOHY A VYHLÁSENIA

Poistník, nový poistník a poistený, príp. ich zástupcovia, svojím podpisom čestne vyhlasujú a potvrdzujú pravdivosť, úplnosť a platnosť všetkých údajov a odpovedí v tejto Žiadosti a to aj v prípade, ak ju vypisovala iná osoba. V prípade zmeny poistníka, nový poistník účinnosťou zmeny v osobe poistníka vstupuje do všetkých práv a povinností pôvodného poistníka vyplývajúcich z tejto poistnej zmluvy, s ktorými podpisom tejto Žiadosti vyjadruje súhlas, s výnimkou elektronického prístupu k poistnej zmluve a doručovania písomností prostredníctvom internetového portálu poisťiteľa. Nový poistník berie na vedomie, že pre zriadenie prístupu podľa predchádzajúcej vety je potrebné podať žiadosť na osobitnom tlačive adresovanom poisťiteľovi. Nový poistník vyhlasuje, že pred podpisom tejto Žiadosti bol oboznámený so všeobecnými poistnými podmienkami, osobitnými poistnými podmienkami, oceňovacími tabuľkami a obchodnými podmienkami, prípadne inými dokumentmi špecifikovanými v Návrhu poistnej zmluvy (alebo v iných dokumentoch, ktoré menia túto poistnú zmluvu), pričom berie na vedomie, že poistné podmienky sú na nahliadnutie aj u finančného sprostredkovateľa a na obchodných miestach poisťiteľa.

Zmena poistnej zmluvy je účinná dňom doručenia tejto Žiadosti do sídla poisťiteľa, najskôr však dňom schválenia zmeny poisťiteľom.

DÁTUM PODPISU	MIESTO PODPISU	POČET PRÍLOH
---------------	----------------	--------------

PODPIS POISTNÍKA³⁾	PODPIS NOVÉHO POISTNÍKA³⁾ (v prípade zmeny poistníka)	PODPIS POISTENÉHO⁴⁾
--------------------------------------	--	---------------------------------------

ZA POISTNÍKA PODPISUJE

- ŠTATUTÁRNY ORGÁN SPLNOMOCNENÝ/ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

ŠTATUTÁRNY ORGÁN (MENO A FUNKCIA)

ZA POISTNÍKA PODPISUJE

- ŠTATUTÁRNY ORGÁN SPLNOMOCNENÝ/ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

ŠTATUTÁRNY ORGÁN (MENO A FUNKCIA)

ZA POISTENÉHO PODPISUJE

- ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA - RODIČ INÝ ZÁKONNÝ ZÁSTUPCA

R. Č. ZÁSTUPCU

PODPIS FINANČNÉHO SPROSTREDKOVATEĽA

- DOPLNKOVÝ FORMULÁR

Finančný sprostredkovateľ svojím podpisom potvrdzuje, že vykonal identifikáciu nového poistníka, príp. jeho zástupcu, vrátane overenia identifikácie (overenie údajov a zhody ich podoby s vyobrazením v doklade totožnosti).

PRÍZVISKO, MENO, TITUL	ID KÓD
------------------------	--------

TELEFÓN	E-MAIL
---------	--------

³⁾ Ak je poistníkom/novým poistníkom SZČO/právnická osoba, priložte úradne overenú kópiu výpisu z úradnej evidencie/úradného registra a ak táto SZČO/osoba zastupujúce právnickú osobu nebola/neboli doposiaľ identifikovaná/é, vyplňte na strane 3 časť Identifikácia. V prípade právnickej osoby uveďte priezvisko, meno a funkciu štatutárneho orgánu. Ak za poistníka/nového poistníka podpisuje splnomocnený/zákonný zástupca a ak táto osoba doposiaľ nebola identifikovaná, vyplňte na strane 3 časť Identifikácia a priložte doklad o oprávnení zastupovať, napr. úradne overený podpis na splnomocnení zastupovať/konať.

⁴⁾ Ak za poisteného podpisuje zákonný zástupca, uveďte jeho rodné číslo. V prípade zákonného zástupcu - rodiča priložte kópiu rodného listu maloletého poisteného (ak nebola doposiaľ priložená); v prípade iného zákonného zástupcu (osvojiteľ, poručník a.i.) priložte kópiu rodného listu maloletého poisteného a kópiu príslušného súdneho rozhodnutia (ak nebola doposiaľ priložená), napr. uznesenie o osvojení maloletého. Ak nie je zákonným zástupcom poistník alebo jeden z poistených a ak táto osoba nebola doposiaľ identifikovaná, vyplňte na strane 3 časť Identifikácia.

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

IDENTIFIKÁCIA

Identifikácia zástupcov poistníka/nového poistníka/poisteného.

PRIEZVISKO, MENO, TITUL											<input type="checkbox"/> MUŽ	<input type="checkbox"/> ŽENA		
DÁTUM NARODENIA				RODNÉ Č.				DOKLAD TOTOŽNOSTI		<input type="checkbox"/> OP/ ID	<input type="checkbox"/> PAS	Č.		
MIESTO NARODENIA								TELEFÓN						
TRVALÝ POBYT										ŠTÁTNA PRÍSLUŠNOSŤ				
DOKLAD O OPRÁVNENÍ ZASTUPOVAŤ/KONAŤ ⁵⁾														
DRUH DOKLADU								ČÍSLO						

V prípade potreby identifikácie ďalších osôb priložte samostatný formulár Identifikácia.

DOPLŇUJÚCE INFORMÁCIE A VYHLÁSENIA

Ochrana osobných údajov

Poistiteľ ako prevádzkovateľ v zmysle zákona č. 122/2013 Z.z. o ochrane osobných údajov a o zmene a doplnení niektorých zákonov (ďalej len „zákon o ochrane osobných údajov“) spracúva osobné údaje dotknutých osôb v rozsahu uvedenom v tejto Žiadosti alebo tie osobné údaje, ktoré získava v súvislosti s plnením práv a povinností zákonných alebo vyplývajúcich z poistnej zmluvy, na základe osobitného zákona. Prevádzkovateľ osobné údaje získava na účely plnenia zmluvných a zákonných povinností na dobu nevyhnutne potrebnú na zabezpečenie práv a povinností vyplývajúcich z tohto zmluvného vzťahu a dobu vyplývajúcu zo všeobecne záväzných právnych predpisov. Poskytnutie týchto osobných údajov je dobrovoľné, avšak je nevyhnutné pre uzatvorenie poistnej zmluvy, resp. uskutočnenie zmeny v poistnej zmluve.

Dotknuté osoby udeľujú súhlas s vykonávaním cezhraničného prenosu poskytnutých osobných údajov do členských štátov Európskej únie a tiež do tretích krajín. Ak tieto osoby nemajú spôsobilosť na právne úkony v plnom rozsahu, tento súhlas poskytuje ich zákonný zástupca. V prípade, ak má poistiteľ podľa zákona o ochrane osobných údajov oznamovaciu povinnosť voči klientovi, táto oznamovacia povinnosť môže byť splnená zverejnením oznamu na webovom sídle poistiteľa alebo prostredníctvom kontaktného centra poistiteľa.

Práva dotknutých osôb v súvislosti so spracúvaním ich osobných údajov stanovuje zákon o ochrane osobných údajov, je to však najmä právo na potvrdenie, či sú alebo nie sú osobné údaje o dotknutej osobe spracúvané; právo na zoznam osobných údajov dotknutej osoby, ktoré sú predmetom spracúvania a právo na opravu alebo likvidáciu osobných údajov, ktoré sú nesprávne, neúplné alebo neaktuálne. Dotknuté osoby svojím podpisom potvrdzujú, že pred získaním ich osobných údajov im boli oznámené informácie v zmysle § 15 zákona o ochrane osobných údajov.

Ďalšie vyhlásenia nového poistníka

Nový poistník svojím podpisom čestne vyhlasuje, že finančné prostriedky použité na platenie poistného nie sú príjmom z trestnej činnosti podľa zákona o ochrane pred legalizáciou príjmov z trestnej činnosti. Nový poistník vyhlasuje, že finančné prostriedky použité na zaplatenie poistného podľa tejto poistnej zmluvy sú jeho vlastníctvom a že poistnú zmluvu uzatvára na vlastný účet; inak sa zaväzuje predložiť poistiteľovi písomné vyhlásenie v súlade so zákonom o poisťovníctve.

Nový poistník čestne vyhlasuje, že je daňovým a/alebo pobytovým rezidentom len v Slovenskej republike, inak je povinný vyplniť Čestné vyhlásenie a súhlas s poskytovaním údajov daňového a pobytového nerezidenta.

Nový poistník čestne vyhlasuje, že nie je špecifikovanou americkou osobou (v prípade fyzickej osoby najmä daňový rezident USA, v prípade právnickej osoby ak právnická osoba alebo vlastník právnickej osoby je daňovým rezidentom USA). V opačnom prípade je poistník povinný vyplniť Čestné vyhlásenie FATCA.

Nový poistník čestne vyhlasuje, že nie je politicky exponovanou osobou, v opačnom prípade je poistník povinný vyplniť Čestné vyhlásenie politicky exponovanej osoby. Čestné vyhlásenie politicky exponovanej osoby musí byť pred účinnosťou zmeny alebo akceptáciou Žiadosti o zmenu schválené poistiteľom, čím sa stane jej neoddeliteľnou súčasťou, inak nebude možné túto Žiadosť akceptovať.

⁵⁾ V prípade, že ide o rodiča maloletého poisteného, nie je potrebné vyplniť. Druh dokladu o oprávnení zastupovať/konať môže byť napr. uznesenie o osvojení maloletého.