

Žiadosť o zmenu osobných údajov

Identifikačné údaje žiadateľa zmeny (Poistník)

Priezvisko, meno, titul / Názov firmy

Rodné číslo/IČO

Číslo občianskeho preukazu

Telefón

E-mail

Žiadam o zmenu mojich osobných údajov k vyššie uvedenej poisťnej zmluve, a to nasledovne:

 Požadovanú zmenu označte krížikom a doplňte nový údaj.

 priezviska

nové priezvisko je:

 poistníka

 poisteného
za účelom zdokladovania zmeny priezviska **doložte kópiu občianskeho preukazu**, príp. iného dokumentu potvrdzujúceho zmenu priezviska

 adresy

 korešpondenčnej adresy¹ / adresy trvalého bydliska²

nová adresa (ulica, číslo domu, Mesto/Obec, PSČ) je:

 poistníka

 poisteného
¹ Korešpondenčná adresa môže byť uvedená len v Slovenskej republike. / ² V prípade zmeny adresy trvalého bydliska priložte kópiu oboch strán Obč. preukazu.

 telefonický a E-mail kontakt

 poistníka

 aktuálny telefonický kontakt / aktuálny E-mail kontakt

 poisteného

 určených oprávnených osôb v prípade smrti poisteného

 oprávnené osoby neuvádzam (podľa Občianskeho zákonníka)

 oprávnené osoby určujem:

Meno a priezvisko	Rodné číslo	Podiel na plnení % ³	Meno a priezvisko	Rodné číslo	Podiel na plnení % ³

³ Súčet podielov musí byť 100 %.

V prípade, že pri vyplňaní žiadosti dôjde k oprave, musia sa platné údaje potvrdiť podpisom poistníka.

Upozornenie: Poistník alebo poistený sú počas trvania poistenia povinní v zmysle poisťných podmienok najneskôr do 15 pracovných dní oznámiť poisťovateľovi všetky zmeny, ktoré nastali oproti okolnostiam uvedeným v návrhu na uzatvorenie poistenia alebo poisťnej zmluvy (napr. zmena povolania, bydliska, zvýšenie poisťného rizika a pod.).

Podpis poistníka, príp. pečiatka firmy
(Ak je poistníkom právnická osoba, uveďte meno, priezvisko a funkciu štatutárneho orgánu)

Podpis poisteného osoby
(Ak za poisteného podpisuje zákonný zástupca, uveďte vzťah k poistenému, napr. matka)

Miesto a dátum

Pri zmene priezviska sa, prosím, podpíšte aj predchádzajúcim podpisom.

Podpisy poistníka a poisteného v tomto tlačive musia byť zhodné s podpismi poistníka a poisteného v poisťnej zmluve.

Vyplnené a podpísané tlačivo, prosíme, zašlite na adresu:

Youplus Insurance International AG
oddelenie správy poisťných zmlúv
Námestie SNP 474/15
811 06 Bratislava