

Číslo poisťnej zmluvy

## Žiadosť o zmenu osobných údajov

Na jednej žiadosti je možné zmeniť parametre len jednej poisťnej zmluvy.

### 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** Dôvod zmeny:  sobáš  rozvod  osvojenie  iné (rozpište): \_\_\_\_\_  
 poistníka nové priezvisko je: \_\_\_\_\_  
 poisteného \_\_\_\_\_  
za účelom zdokladovania zmeny priezviska doložite kópiu občianskeho preukazu, príp. iného dokumentu potvrdzujúceho zmenu priezviska

**adresy**  korešpondenčnej adresy<sup>1</sup>  adresy trvalého bydliska<sup>2</sup> nová adresa (ulica, číslo domu, Mesto/Obec, PSČ) je: \_\_\_\_\_  
 poistníka \_\_\_\_\_  
 poisteného \_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Korešpondenčná adresa môže byť uvedená len v Slovenskej republike. <sup>2</sup> 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 % <sup>3</sup>	Meno a priezvisko	Rodné číslo	Podiel na plnení % <sup>3</sup>

<sup>3</sup> 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 poistenej 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:

Basler Sachversicherungs-AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 03 Bratislava  
Basler Lebensversicherungs-AG, pobočka poisťovne z iného členského štátu, Nám. SNP 15, 811 03 Bratislava

BAL 07.14

BAU 07.14