

Číslo poisťnej zmluvy (poisťných zmlúv):

## 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 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:

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