

Žádost / sdělení netechnické změny v pojistné smlouvě

Z5007

Číslo pojistné smlouvy / nabídky / návrhu životního pojištění

Pojistník

Příjmení, jméno, titul / Obchodní firma:

Rodné číslo / IČO

Identifikační údaje

Pohlaví muž žena, platný průkaz totožnosti _____ č. _____,
doba platnosti do _____, vydán státem _____ orgánem _____.

Tento formulář slouží výhradně pro netechnické změny, kterými jsou např: změna jména, příjmení, adresy, telefonního čísla pojištěné osoby / pojistníka, změna obmyšlené osoby, změna podmínek vinkulace pojistného plnění, změna indexace, blokáce výplaty kapitálové hodnoty apod. Formulář lze použít pro změnu zdroje příjmu pojistníka, statusu politicky exponované osoby a statusu daňového rezidenta.

Požadovaná změna v pojistné smlouvě může vést v důsledku použití zásady rovného zacházení ke změně výše pojistného, a to u produktů FLEXI životní pojištění, FLEXI životní pojištění – JUNIOR (Flexibilní životní pojištění JUNIOR), Flexibilní životní pojištění Flexi, Investiční životní pojištění FLEXI INVEST a Soukromé životní pojištění.

Pojištěné osoby Příjmení, jméno, rodné číslo	Druh změny

ZÁVĚREČNÁ USTANOVENÍ

- Beru na vědomí a současně souhlasím s tím, že v případě provedení požadované změny může dojít k úpravě sazeb pojistného, a to dle sazeb pojistného platných k datu změny, a se změnou výše pojistného souhlasím.
- Beru na vědomí a současně souhlasím s tím, že pro mou žádost o změnu sepsanou od 1. 4. 2016, do pojistných smluv – FLEXI životní pojištění, Flexibilní životní pojištění Flexi, Investiční životní pojištění FLEXI INVEST, Soukromé životní pojištění SŽP, s účinností od data vystavení dodatku k pojistné smlouvě, budou pro navýšenou část pojistného uplatněny poplatky dle tabulky alokačních poplatků č. 6, jejichž výše a rozsah se řídí platným sazebníkem poplatků/přehledem poplatků a parametrů produktu, který je k dispozici na vašich webových stránkách a na všech vašich obchodních místech. Dále beru na vědomí a současně souhlasím s tím, že výše uvedená ustanovení platí i pro všechny následně provedené změny této pojistné smlouvy.
- Beru na vědomí a současně souhlasím s tím, že v případě navýšení běžně placeného pojistného máte právo z navýšené části pojistného (rozdílu mezi novou a původní výší pojistného) účtovat poplatek na pokrytí nákladů spojených s úpravou a změnou smlouvy.
- Zmocňuji vás k zjišťování či ověřování mého zdravotního stavu a zdravotního stavu nezletilých pojištěných dětí, jejichž jsem zákonným zástupcem/opatrovníkem/poručníkem/pěstounem (dále jen „zástupce nezletilých dětí“), pro účely změny pojistné smlouvy, šetření pojistných událostí či výkonu jiných práv a povinností z pojistné smlouvy, a to zejména formou dotazů u příslušných lékařů (zdravotnických zařízení), žádostí o poskytnutí lékařských zpráv, pořízení výpisů nebo opisů ze zdravotnické dokumentace, popř. z jiných zápisů, které se vztahují ke zdravotnímu stavu.
- V souladu s § 51 odst. 2 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, zprošťuji příslušného lékaře, resp. provozovatele zdravotnického zařízení ve vztahu k vám mlčenlivosti ve stejném rozsahu, v jakém jste oprávněni požadovat informace či dokumenty podle předchozího odstavce a dále podle toho, jak je povinen je poskytovat pacientovi podle § 31 a následujících citovaného zákona.
- Prohlašuji, že mám pojistný zájem na pojištění pojištěných osob a nezletilých pojištěných dětí a jsem si vědom povinnosti seznámit pojištěné osoby a zástupce nezletilých dětí se změnami v pojistné smlouvě.
- Prohlašuji, že jsem pravdivě uvedl údaje o svém statusu politicky exponované osoby ve smyslu zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, ve znění pozdějších předpisů, a zavazuji se vám neprodleně oznámit jeho případnou změnu.
- Prohlašuji, že pokud se v průběhu trvání smlouvy stanu subjektem spadajícím pod režim FATCA (tj. například daňovým rezidentem USA, občanem USA, osobou s adresou sídla / pobytu v USA) nebo daňovým rezidentem jiného státu než ČR, neprodleně vám tuto skutečnost oznámím. Zavazuji se zajistit vám součinnost při prověřování a zjišťování pojistné smlouvy jako oznamovaného účtu podle zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní a o změně dalších souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů. Zavazuji se zajistit i obdobnou součinnost ovládacích osob.

9. Potvrzuji, že údaje o daňové rezidentuře (tj. stát daňové residence a DIČ) uvedené v této žádosti o změnu jsou aktuální, a souhlasím, aby tyto údaje byly v případě jejich rozporu s jinými údaji uvedenými v dříve uzavřených pojistných smlouvách, ve kterých jsem pojistníkem nebo pojištěným, využívány i pro účely takových pojistných smluv. S tímto postupem souhlasím i pro případ, kdy pojišťovně oznámím změnu daňové rezidentury v době trvání této pojistné smlouvy.
10. Jako zástupce nezletilých dětí souhlasím s výše uvedenými Závěrečnými ustanoveními.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

V následující části jsou uvedeny základní informace o zpracování vašich osobních údajů. Tyto informace se na vás uplatní, pokud jste fyzickou osobou, a to s výjimkou odstavce „POVINNOST POJISTNÍKA INFORMOVAT TŘETÍ OSOBY“, který se na vás uplatní, i pokud jste právnickou osobou. Více informací, včetně způsobu odvolání souhlasu, možnosti podání námítky v případě zpracování na základě oprávněného zájmu, práva na přístup a dalších práv, naleznete v dokumentu Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, který je trvale dostupný na webové stránce www.koop.cz v sekci „O pojišťovně Kooperativa“.

ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ (VYJMA CITLIVÝCH ÚDAJŮ)

SOUHLAS SE ZPRACOVÁNÍM OSOBNÍCH ÚDAJŮ PRO ÚČELY MARKETINGU

Pojišťovna bude s vaším souhlasem zpracovávat vaše **identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb**, a to pro účely:

- zaslání slev či jiných nabídek třetích stran, a to i elektronickými prostředky,
- zpracování vašich osobních údajů nad rámec oprávněného zájmu pojišťovny za účelem vyhodnocení vašich potřeb a zaslání relevantnějších nabídek (jedná se o některé případy sledování vašeho chování, spojování osobních údajů shromážděných pro odlišné účely, použití pokročilých analytických technik).

Tento souhlas je dobrovolný, platí po dobu neurčitou, můžete jej však kdykoli odvolat. V případě, že souhlas neudělíte nebo jej odvoláte, nebudou vám zaslány nabídky třetích stran a některé nabídky pojišťovny nebude možné plně přizpůsobit vašim potřebám. Máte také právo kdykoli požadovat přístup ke svým osobním údajům.

souhlasím jako pojistník nesouhlasím jako pojistník

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ

Zpracování na základě plnění smlouvy a oprávněných zájmů pojišťovny

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění, údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění a údaje o využívání služeb zpracovává pojišťovna:

- pro účely návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, posouzení přijatelnosti do pojištění, správy a ukončení pojistné smlouvy a likvidace pojistných událostí, když v těchto případech jde o zpracování nezbytné pro **plnění smlouvy**, a
- pro účely zajištění řádného nastavení a plnění smluvních vztahů s pojistníkem, zajištění a soupojištění, statistiky a cenotvorby produktů, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání, když v těchto případech jde o zpracování založené na **základě oprávněných zájmů** pojišťovny. Proti takovému zpracování máte právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje, údaje pro vyhodnocení potřeb a posouzení vhodnosti pojištění a údaje pro ocenění rizika při vstupu do pojištění pojišťovna dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní.

Zpracování pro účely přímého marketingu

Berete na vědomí, že vaše identifikační a kontaktní údaje a údaje o využívání služeb může pojišťovna také zpracovávat na základě svého **oprávněného zájmu** pro účely zaslání svých reklamních sdělení a nabízení svých služeb; nabídku od pojišťovny můžete dostat elektronicky (zejména SMSkou, e-mailem, přes sociální sítě nebo telefonicky) nebo klasickým dopisem či osobně od zaměstnanců pojišťovny.

Proti takovému zpracování máte jako pojistník právo kdykoli podat námítku. Pokud si nepřejete, aby vás pojišťovna oslovovala s jakýmkoli nabídkami, zaškrtněte prosím toto pole: .

POVINNOST POJISTNÍKA INFORMOVAT TŘETÍ OSOBY

Zavazujete se informovat každého pojištěného, jenž je osobou odlišnou od vás, každého obmyšleného a případně další osoby, které jste uvedl v tomto formuláři, o zpracování jejich osobních údajů.

INFORMACE O ZPRACOVÁNÍ OSOBNÍCH ÚDAJŮ ZÁSTUPCE POJISTNÍKA NEBO POJIŠTĚNÉHO

Zpracování na základě oprávněných zájmů pojišťovny

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že její identifikační a kontaktní údaje pojišťovna zpracovává na základě **oprávněného zájmu** pro účely návrhu a uzavření dodatku pojistné smlouvy, správy a ukončení pojistné smlouvy, likvidace pojistných událostí, zajištění a soupojištění, ochrany právních nároků pojišťovny a prevence a odhalování pojistných podvodů a jiných protiprávních jednání. Proti takovému zpracování má taková osoba právo kdykoli podat námítku, která může být uplatněna způsobem uvedeným v Informacích o zpracování osobních údajů v pojištění osob.

Zpracování pro účely plnění zákonné povinnosti

Zástupce právnické osoby, zákonný zástupce nebo jiná osoba oprávněná zastupovat pojistníka nebo pojištěného bere na vědomí, že identifikační a kontaktní údaje pojišťovna dále zpracovává ke **splnění své zákonné povinnosti** vyplývající zejména ze zákona upravujícího distribuci pojištění, zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, zákona č. 69/2006 Sb., o provádění mezinárodních sankcí a zákona č. 164/2013 Sb., o mezinárodní spolupráci při správě daní.

Podpisem tohoto formuláře potvrzujete, že jste se důkladně seznámil se smyslem a obsahem souhlasů se zpracováním osobních údajů a že jste se před jejich udělením seznámil s dokumentem Informace o zpracování osobních údajů v pojištění osob, zejména s bližší identifikací dalších správců, rozsahem zpracovávaných údajů, právními základy (důvody), účely a dobou zpracování osobních údajů, způsobem odvolání souhlasu a právy, která vám v této souvislosti náleží.

Jako pojistník prohlašuji, že zdroje příjmů, ze kterých hradím pojistné, pocházejí: ze závislé činnosti, z podnikání,

jiné (konkrétně): _____

Žádost podal/a: Příjmení, jméno pojistníka

_____ podpis pojistníka

Jestliže je pojistník odlišný od pojištěných, musí být v případě změny či doplnění nové pojištěné osoby či změny či doplnění pojištěných dětí, dále při změně obmyšlené osoby (včetně změny podílů v %) a vinkulace pojistného plnění žádost podepsaná i pojištěnými osobami / zástupcem nezletilých dětí. Pojištěná osoba se dále musí podepsat v případě změny jejího rozsahu pojištění.

Příjmení, jméno pojištěné osoby

_____ podpis 1. pojištěné osoby*

Příjmení, jméno pojištěné osoby

_____ podpis 2. pojištěné osoby

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti*

_____ podpis zákonného zástupce

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti*

_____ podpis zákonného zástupce

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti*

_____ podpis zákonného zástupce

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti*

_____ podpis zákonného zástupce

Příjmení, jméno zákonného zástupce nezletilého dítěte, RČ (uved'te vždy RČ dítěte) / vztah k dítěti*

_____ podpis zákonného zástupce

* Pokud jste se podepsal/a na místě pojistníka nebo dospělého pojištěného, již se znovu nepodepisujte.

Prohlašuji, že jsem zaznamenal/a a ověřil/a správnost identifikačních údajů pojistníka a shodu podoby pojistníka s vyobrazením dle platného průkazu totožnosti.

Identifikaci v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 253/2008 Sb., o některých opatřeních proti legalizaci výnosů z trestné činnosti a financování terorismu, za Kooperativa pojišťovna, a.s., Vienna Insurance Group, Pobřežní 665/21, 186 00 Praha 8, Česká republika, IČO: 47116617, zapsaná v obchodním rejstříku u Městského soudu v Praze, sp. zn. B 1897, **provedl/a a žádost převzal/a:**

Příjmení, jméno poradce

(vyplňte hůlkovým písmem)

Identifikace partnera (HR) / Získatelské číslo

Identifikace poradce / Osobní číslo spolupracovníka získaatele

Registrační číslo u ČNB

Telefon

E-mail

V

dne

podpis poradce / spolupracovníka získaatele