

Meno a priezvisko žiadateľa / Názov spoločnosti:	
Bydlisko / Sídlo:	
Rodné číslo / IČO:	

Wüstenrot poisťovňa, a.s.
Karadžičova 17
825 22 Bratislava 26

Žiadosť o zmenu sprostredkovateľa poistenia

Týmto žiadam Wüstenrot poisťovňu a.s., Karadžičova 17, 825 22 Bratislava, IČO: 31 383 408, zapísaná v obchodnom registri Okresného súdu Bratislava I, oddiel Sa, vložka č. 757/B (ďalej len „poisťovateľ“) o zmenu sprostredkovateľa poistenia, tak aby s účinnosťou od dňa, kedy bola táto žiadosť o zmenu sprostredkovateľa doručená poisťovateľovi, konal vo veciach sprostredkovania mojich nových poistných zmlúv a sprostredkovateľskej starostlivosti o moje už platné poistné zmluvy uvedené v Zozname poistných zmlúv, výlučne nový nižšie uvedený sprostredkovateľ poistenia:

Obchodné meno:	Finportal, a.s.
Získateľské číslo:	800-0614
Sídlo / Miesto podnikania:	Pribinova 4, 811 09 Bratislava
IČO:	45 469 156
V zastúpení:	Ing. Rudolf Adam, Ondrej Matvija

Zoznam poistných zmlúv, ktoré žiadateľ žiada previesť na nového sprostredkovateľa za účelom starostlivosti o klienta, spolupráce pri správe poistenia a spolupráce pri likvidácii poistných udalostí:

Číslo poistnej zmluvy			

- ▶ Klient udeľuje poisťovní výslovný písomný súhlas so sprístupnením, resp. poskytnutím jeho osobných údajov novému sprostredkovateľovi poistenia a to až do vyradenia poistnej zmluvy, na ktorú sa táto žiadosť vzťahuje, z poistného kmeňa, ktorý je v jeho správe. Súhlas sa vzťahuje na rozsah osobných údajov klienta v akom sú spracované v informačnom systéme poisťovne. Tento súhlas sa udeľuje pre účely správy poistenia, likvidácie poistných udalostí a na ďalšie účely uvedené v PZ.
- ▶ Klient berie na vedomie, že v prípade, ak vo vzťahu k príslušným PZ bude do poisťovne doručených niekoľko žiadostí o zmenu sprostredkovateľa poistenia, platí, že časovo neskoršia žiadosť v plnom rozsahu ruší a nahrádza skoršiu žiadosť, pričom relevantný dátum je deň jej doručenia do poisťovne – centrála.
- ▶ Poisťovňa si vyhradzuje právo zamietnuť žiadosť v celom rozsahu v prípade jej neúplného, resp. nedostatočného vyplnenia.
- ▶ Táto žiadosť platí max. 3 mesiace od dátumu jej podpisu zo strany klienta (tzn., ak medzi dňom podpisu tejto žiadosti a dňom jej doručenia do poisťovne uplynie doba dlhšia ako 3 mesiace, poisťovňa si vyhradzuje právo žiadosť zamietnuť).

ID agenta.....

V....., dňa.....

Svojím podpisom vyjadrujem súhlas so zmenou

finančného agenta v zmysle tejto žiadosti

(podpis klienta)